M. Cristina Gay

Nuevas aportaciones clínicas al test de Bender

c.e.a.

M. CRISTINA GAY DE WOJTUÑ

NUEVAS APORTACIONES CLÍNICAS AL TEST DE BENDER

cea

NUEVAS APORTACIONES CLINICAS AL TEST DE BENDER

M. CRISTINA GAY DE WOJTUÑ

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, escrita a máquina, por el sistema "multigraph", mimeógrafo, impreso, etc., no autorizada por el editor, viola derechos reservados.
Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

1ª edición, 1979.

© Copyright de todas las ediciones en castellano
by Centro Editor Argentino -
Convenio Programa Eudeba - CEA, 2 de abril de 1979
Editorial Universitaria de Buenos Aires
Centro Editor Argentino
Impreso en la Argentina - (Printed in Argentina)

INTRODUCCION

Desde 1938, año en que Lauretta Bender publicó su *Test Guestáltico Visomotor*, aplicando la psicología de la Gestalt al estudio de la personalidad y a la práctica clínica, muchos psicólogos sintieron la necesidad de crear sistemas de evaluación que fueran confiables y válidos.

Mientras muchos clínicos son extremadamente agudos, otros no lo son.

No obstante, se han realizado y continúan realizándose investigaciones al respecto. Entre los autores interesados en esta técnica citaremos a Billingales que en 1948, fue el primero en publicar un sistema de evaluación. Sus trabajos fueron continuados por Kitay en 1950, por Peek y Quast en 1951 y Gobetz en 1952. Keller en 1955 y Stewart-Cunninghan en 1958 realizaron trabajos similares.

La quinta parte de las publicaciones existentes están dedicadas a niños. Así, el B.G. ha sido empleado para predecir el desempeño en la escuela (Koppitz, 1962; Sullivan, 1959), para evaluar trastornos emocionales (Simpson, 1958; Koppitz, 1960; Glawson, 1962), para diagnosticar lesión cerebral (Shaw y Cruickshank, 1956; Wewetzer, 1956, 1959); y para estudiar retardo mental (Eber, 1958; Halpin, 1955; Keller, 1955). Estos son sólo algunos de los autores y áreas de investigación a las que fue sometido el B.G.

Desde el punto de vista clínico, el método de puntuación más aceptado es el Pascal y Suttell, que fue publicado en 1951. La técnica es para adultos de 15 a 50 años.

Otros de los autores que, pese a su neta definición de test guestáltico, lo ha utilizado como prueba proyectiva, es

el doctor Max L. Hutt, de la Universidad de Michigan, a quien se debe el mayor aporte al respecto.

Sus libros *The Hutt Adaptation of the Bender Gestalt Test* y *An Atlas for the Hutt Adaptation of the Bender Gestalt* constituyen la guía del presente trabajo.

Este autor utiliza un sistema de puntuación que resulta del análisis del test desde el punto de vista clínico.

De su obra he tomado los factores a tener en cuenta en el análisis, pero no el criterio de valoración cuantitativa.

Capítulo I

CRECIMIENTO - DESARROLLO - MADURACIÓN

"Desarrollo es un proceso orgánico fundamental de desenvolvimiento progresivo, del conjunto de las predisposiciones, por medio del crecimiento y la maduración." (Piaget)

La evolución psicológica es parte de un fenómeno más general que concierne a todo lo orgánico: el desarrollo, que comienza con la génesis del organismo en el momento de su concepción, continúa durante la vida y termina con la muerte.

El desarrollo presenta tres períodos diferentes:

1) Evolución.
2) Estabilidad.
3) Involución (declinación).

El que más nos interesa es el 1), o sea, la evolución.

La evolución se caracteriza por el hecho de que cada "momento del organismo, es el resultado del memento anterior y génesis del siguiente. En sentido cuantitativo, la evolución implica crecimiento, pero se diferencia de éste, en que no es una mera acumulación de materia, sino un despliegue de estructuras ya existentes en potencia, a modo de plan vital (o de la entelequia de Aristóteles).

La evolución del psiquismo, está íntimamente ligada e interrelacionada con la maduración biológica.

No podemos dejar de hacer notar la enorme importancia que tiene para ésto, el nivel socio-económico. Por ejemplo, en estos momentos, un déficit alimentario que impide la ingestión de proteínas, hidratos de carbono, etc. producirá marcadas diferencias en la maduración biológica neuronal, y por lo tanto. en la evolución del psiquismo.

La maduración vegetativa y motora del organismo infantil, genera, posibilita y condiciona la evolución afectiva, intelectiva y representativa del niño (Piaget, *La psicología de la primera infancia*).

Tanto la afectividad como la inteligencia y la facultad de representación, que concierne a ambas, no están preformadas en el niño, sino que se desarrollan como resultado de la evolución vegetativa-motora y como unidad sensible del organismo.

El progreso sensomotor, proporciona al niño experiencias que van "construyendo" su afectividad y su inteligencia, a través del acontecer corporal.

En el primer mes, el neonato sólo está dotado de mecanismos reflejos innatos (como los de prensión, succión, etc.) a partir de los cuales va a elaborar la diferenciación de los estímulos correspondientes. Al mismo tiempo su afectividad es difusa a nivel de emociones primitivas.

Sin embargo, ambos elementos, reflejo congénito - afectividad difusa, se conjugan en la progresiva diferenciación de ambos.

Durante el primer año, lo afectivo está limitado al campo de lo propioceptivo y se va a ir dando, sobre los reflejos innatos y la formación de reacciones repetidas que constituyen sus primeras "habilidades".

Hacia el octavo mes, estas habilidades se hacen inteligentes, dado que ya son intencionales, y hacia el décimo octavo, esta inteligencia sensomotora culmina al parecer la capacidad de representación, con lo que comienza el pensamiento simbólico.

Capítulo II

ANTECEDENTES DE LA TEORIA GUESTALTICA

LOS APORTES DE LAURETTA BENDER

Como reacción ante los psicólogos experimentales, encabezados por Wundt, apareció en pleno apogeo de esta tendencia, un estudio del austríaco Von Ehrenfels: *Cualidades de la forma.* En este trabajo, el investigador sostenía que el todo no es igual a la suma de las partes, sino que el todo es algo más : una estructura, por lo tanto el todo puede ser considerado en alguna medida, independiente de sus partes.

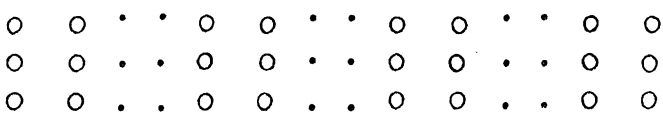
A la par que Wundt establecía normas de tipo sensoriométrico, Max Wertheimer, Kurt Koffka y Wolfgang Köhler, integrantes de la llamada Escuela de Berlín, estaban empeñados en determinar cómo esos datos obtenidos por Wundt, ante la reacción con estímulos visuales, se organizaban en figuras; para ello intentaron responder a estas tres preguntas fundamentales:

1) ¿Por qué distinguimos figuras?
2) ¿Cómo se conducen estas organizaciones?
3) ¿Qué leyes las gobiernan?

Respecto a estas leyes, las anunciaron así:

Ley de la semejanza, de homogeneidad o de igualdad:

Frente a una constelación de datos diferentes, la percepción tiende a agrupar en una figura, los iguales entre sí o los semejantes.

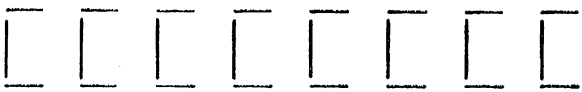


Ley de la buena forma o de la plenitud de la forma:

Frente a una constelación de datos, la percepción tiende siempre a las formas privilegiadas, regulares, simples y simétricas.

Ley de la buena continuación o buen contorno o buena curva o destino común:

Frente a una constelación de datos, la percepción tiende a agrupar en una figura, a aquellos datos que forman una buena continuación.



Ley de la proximidad o de la menor distancia:

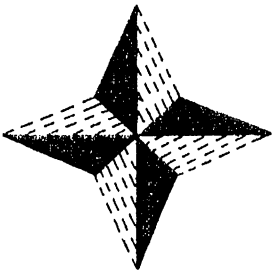
Frente a una constelación de datos, la percepción tiende a agrupar en una figura, los miembros más cercanos entre sí.

Ley del cierre, de precisión, completamiento o acabamiento:

Frente a una constelación de datos, la percepción tiende a la completud, a la forma y al significado.

Ley de la dominancia:

Frente a una constelación de datos, la percepción tiende a visualizar aquellos que no se alejan demasiado de la forma en que más se destacan.



La sensación es la recepción de los estímulos. La percepción incluye el conocimiento de la existencia del objeto.

La percepción combina cierto número de sensaciones, pero no es sólo una agrupación, sino una integración de los nuevos estímulos percibidos, con experiencias pasadas. Una máquina de escribir, vista por un niño, es distinta a la percepción que de ella tiene el adulto.

La Gestalt no es una suma de elementos, es un todo integrado.

La percepción estimula procesos intrínsecos del organismo y esos procesos no actúan en forma independiente, sino en relación con otros. Son fuerzas dinámicas y no estáticas, en las que se integran el tiempo y el espacio; o sea que la Gestalt "estructura-forma' sigue un concepto de totalidad.

El organismo no reacciona a los excitantes locales con reacciones locales, sino con un proceso total, como un todo funcional.

No es la percepción un fenómeno aislado, sino que está determinada por estímulos externos y por la conducta motora o instintiva; cuando se nos aproxima un objeto, volvemos hacia él la cabeza y los ojos en una reacción espontánea. El acto de percibir es un acto de integración y síntesis (Wolff).

Al principio guestáltico fundamental de reacción total, ante una situación total, se han agregado conceptos dinámicos definidos. No se evalúa sólo el qué y el cómo de la percepción, si-

no el modo en que se utilizan. Han comprobado que cuando funciona una parte del cerebro, funciona todo, por lo tanto, la nueva experiencia modifica la anterior.

Como los hechos psíquicos tienen sus bases en el funcionamiento cerebral, cada hecho psíquico concomitante, modifica los anteriores, por lo tanto se considera la conducta como algo masivo.

Dentro de los lineamientos y orientaciones metodológicas guestálticas, se incluyen los trabajos de Lauretta Bender, una de las más destacadas figuras de la psiquiatría contemporánea; ésta construyó entre 1932 y 1938 su *Test Guestáltico Visomotor*, más conocido por B.G. (*Bender Gestalt*).

La psicología de la percepción constituye pues, la base científica del B.G. pero Bender lo enriqueció, pues unió las experiencias personales sobre la génesis de la percepción de la forma en el niño en desarrollo, y la importancia del factor temporal en la percepción.

Lauretta Bender aprovecha las experiencias realizadas por Rappaport sobre el pensar conceptual y la estructura de la emoción y de la memoria. Define la función guestáltica como "aquella función del organismo integrado, por la cual éste responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma, una constelación, un patrón, una gestalt".

Es el cuadro total del estímulo y el estado de integración del organismo los que determinan el patrón de respuesta.

El B.G. sirve para determinar el nivel de madurez en niños y deficientes mentales. La función guestáltica visomotora es fundamental, está asociada a la capacidad de lenguaje y a diversas funciones de la inteligencia: como la percepción visual, la memoria, la habilidad motora manual, los conceptos temporo-espaciales y la capacidad de integración. De ahí que midiendo en el sujeto el nivel de maduración de la función guestáltica, se puede medir el nivel de maduración.

Dado que las funciones anteriormente citadas están en estrecha relación con el sistema nervioso, es fácil comprender por qué, en la actualidad, es el test de Bender el más indicado para detectar lesiones cerebrales, disritmias y síndromes orgánicos en general. Por otro lado, este test, como se verá más adelante, es sumamente utilizado en la clínica para detectar otras patologías tales como esquizofrenia, debilidad mental infantil, demencias, retrasos globales de maduración, incapacitados ver-

bales específicos, de encias paralíticas, alcoholismo, neurosis, tumores, epilepsias, psicopatías, etc.

El sujeto puede concebirse como portador de una carga tensional dependiente de su estructura funcional (física y psíquica); en función de dicha estructura, al entrar el objeto en el ámbito del sujeto, éste reacciona en una forma masiva. Esta conducta masiva, observada evolutivamente, progresa en el sentido de una mayor diferenciación funcional. El recién nacido, como vimos, responde a la estimulación global indiferenciadamente, con la totalidad de su organismo. El adulto, aunque también afectado en su totalidad por cualquier constelación de excitantes, responderá con aquel sector del organismo que más directamente lo conduce al equilibrio tensional, tanto interno como externo.

Si un niño de seis meses ve una rosa, su percepción será distinta de la del adulto, ya que suma a la percepción sus experiencias sobre qué es y qué recuerdos le trae dicha flor.

Esta respuesta equilibrante de tensiones no es, con exactitud, la del organismo al estímulo, sino a la propia reestructuración de éste, y parece depender no sólo de su organización nerviosa, sino de ciertas condiciones objetivas, que hacen que la forma percibida sea una gestalt fuerte, y cuando menor adaptación haya del objeto a esas condiciones, más débil se presentará dentro del campo dinámico y más esfuerzos exigirá del sujeto, para una reestructuración que lo conduzca a la relación equilibrante final.

Al referirse a los principios guestálticos, señala Bender que no son fijos, sino que dependen de :

1. Las características, desde el punto de vista biológico, de los campos sensoriales en los diferentes niveles de maduración.
2. De la capacidad de integración del sistema nervioso.

Por lo tanto, no pueden solamente estos principios explicar la génesis de la gestalt en la maduración de los patrones visomotores. La teoría guestáltica fue enriquecida por Bender con sus valiosísimos estudios sobre el factor temporal, como componente integrador de los patrones recibidos.

En el test G.V. o B.G., las figuras responden a las siguientes leyes:

Ley de la proximidad e igualdad : Figs. A-1-2-3-5-6-7.

Ley del cerramiento : Figs. A-7-8.

Ley de la buena curva o destino común : Figs. 4-6-7-8 (en cuanto a la organización de la continuidad).
Ley de la experiencia: Figs. A-7-8.
Ley de la pregnancia : Figs. A-5-8.

Al solicitar a los sujetos que copiaran, comprobó Bender que el producto final era un patrón visomotor, cuyas modificaciones en relación con el modelo dependían del mecanismo integrador de quien los había percibido y ejecutado.

Ya vimos que la psicología de la forma subrayó la tendencia a la conservación del equilibrio, como fundamental característica del organismo. Al reaccionar como totalidad a una constelación de excitantes, la respuesta de sujetos psíquicamente sanos será distinta a la proporcionada por enfermos, y también se producirán variantes según el nivel de maduración. Pero en todos los casos la copia del dibujo será equilibrante de tensiones en el individuo (que la ha proporcionado). De ello puede deducirse que la producción se irá ajustando y perfeccionando a medida que el sujeto madure, hasta los 11 años según Bender. Luego, una vez que el sujeto sea adulto (maduro), dependerá de su estado físico y psíquico, ya que el sujeto mismo es, con sus mecanismos sensomotores, quien contribuye a la configuración del patrón resultante.

Los otros dos componentes que tuvo en cuenta fueron :

a) El estímulo (patrón especial del cual extrajo sus principios guestálticos).

b) El tiempo en el cual el organismo reacciona al estímulo, produciéndose en dicho organismo una transformación.

En referencia al factor temporal, realizó pruebas con un taquitoscopio, y comprobó que reduciendo al mínimo el tiempo de exposición del estímulo en sujetos adultos, éstos tendían a regresar a patrones primitivos.

Estableció así el carácter fundamental del tiempo en la organización perceptiva.

Capítulo III

LOS NIVELES DE MADURACION VISOMOTORA

"Importa ver cómo surgen genéticamente las guestalten en los niños y cuáles son los niveles de maduración. Resulta evidente que el niño no experiencia la percepción como el adulto; sin embargo, el escolar capaz de leer y escribir debe tener experiencias visomotoras similares a las del adulto.

Veremos ahora cómo el niño atraviesa múltiples fases de maduración antes de alcanzar este nivel de eficiencia.

Los primeros dibujos de niños son garabatos que expresan un puro juego motor. Se realizan por el placer de la expresión motora, y los garabatos mismos constituyen un producto secundario carente de sentido. Se los ejecuta mediante amplios movimientos dextrorsos (dextrad) de los brazos, en forma de espirales, en la dirección de las agujas del reloj y ondulaciones pendulares, si el niño emplea la mano derecha; y por movimientos sinistrorsos (siniestrod) en espiral en dirección contraria a la de las agujas del reloj, si emplea la mano izquierda. Muy pronto el niño hará ese tipo de garabatos cualquiera sea la lámina que se le presente para copiar, o en respuesta a cualquier test" (Test Guestáltico Visomotor - Lauretta Bender).

Entre los 2 años 6 meses y 4 años se nota:

1) Predominio de la curva cerrada para representar toda forma percibida.

2) Tendencia a la perseveración, en lo que se distinguen dos modelos :

a) El más primitivo, se utiliza el mismo patrón.

b) El más alto, se aprende una nueva figura y se adapta al patrón.

3) En los diestros, direcciones dextrorsas.

Entre los 4 y 7 años:

Se progresa en la diferenciación de las formas, pero se mantienen dos tendencias :

a) Ejecutar redondeles en lugar de puntos.

b) Efectuar los trazados sin expresar la inclinación y la oblicuidad..

Entre estas edades, podemos diferenciar los siguientes progresos :

5 años:

1) Redondeles y circunferencias pueden ser transformados en cuadrados cerrados, en figuras en forma de óvalo o en circunferencias abiertas.

2) Puede trazar arcos de circunferencias. Se mantiene la tendencia perseverativa en el sentido horizontal. No se expresan relaciones de oblicuidad.

6 años:

1) Ya se representan cuadrados cerrados y en posición oblicua.

2) Se representan, aunque con grandes dificultades, las relaciones de oblicuidad.

3) La ejecución de los círculos llega a tal pequeñez, que pueden considerarse puntos.

4) Se representan las líneas onduladas, en consecuencia a esta edad puede esperarse una casi correcta reproducción en las Figs. A-1-4 y 5.

7 años:

Progresos en la capacidad combinatoria, ofrecen dificultades las relaciones de oblicuidad. Pueden reproducir la figura 8.

8 y 9 años:

Se ejecuta correctamente la Fig. 6, en la Fig. 3 se mantiene la construcción de puntos en arcos concéntricos.

10 años:

El progreso se evidencia en la Fig. 2, donde aparece no sólo la oblicuidad, sino también el mantenimiento de la horizontalidad. Pueden hacer también la Fig. 7.

11 años:

Se espera pueda reproducir manteniendo las relaciones topológicas, todas las formas de una buena gestalt. El adulto sólo perfecciona.

RESUMEN DE LA PRODUCCION
DE TARJETAS DEL B. G. POR EDAD

AÑOS	TARJETAS
6	A - 1 - 4 - 5
7	A - 1 - 4 - 5 - 8
8 y 9	A - 1 - 4 - 5 - 6 - 8
10	A - 1 - 2 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8
11	A - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8

Capítulo IV

ASPECTOS ESPECIFICOS DEL TEST

Las siguientes observaciones son el resultado de las múltiples experiencias realizadas por los diferentes autores, que se han ocupado del presente test y las mías propias.

Por tal motivo, y partiendo de la premisa de que en algunas circunstancias faltan pruebas definitorias que corroboren tales afirmaciones, no debemos olvidar que será el diagnóstico clínico final el que unido a los aportes que siguen, permitirá corroborar las conclusiones halladas. Para que los factores que se expondrán a continuación puedan considerarse posibles, es necesario recordar que corresponden a observaciones clínicas extraídas de protocolos de B. G. de adultos y no de niños.

Consideramos que las aportaciones clínicas al B.G. de niños merecen un capítulo aparte, dado que se trata de un ser en desarrollo, en el sentido de Piaget.

Un grave error consiste en considerar como válidas las generalizaciones que surgen de los factores e interpretación de protocolos de adultos a protocolos de niños.

En relación a los sujetos a quienes se les administre la prueba, no debemos olvidar que una deficiencia visual sería, una incoordinación motora u otro trastorno visomotor, nos llevará a un análisis más cauteloso del proceso.

Por último haremos mención a ciertas desviaciones en las reproducciones que son el resultado de elementos externos, tales como que la superficie sobre la que se apoye el protocolo de prueba, no sea lisa sino rugosa, lo que puede llevar a interpretaciones inexactas, como podría ser consignar la aparición de temblores.

El análisis de los factores del test se realizará teniendo en cuenta siete aspectos principales en la reproducción de las *gestalten*.

1) Disposición.
2) Alteraciones del tamaño.
3) Alteraciones de la forma.
4) Deformaciones o distorsiones groseras.
5) Dibujo.
6) Movimientos.
7) Método de trabajo.

1. DISPOSICION

En la disposición evaluaremos los siguientes aspectos:

A. Secuencia o sucesión.
B. Posición del primer dibujo.
C. Posición general de los dibujos.
D. Uso del espacio I y II.
E. Uso del margen.
F. Variación en la posición del papel.
G. Variación en la posición de la tarjeta estímulo.

A. SECUENCIA O SUCESION

Hace alusión al grado de regularidad con que el sujeto realiza las continuas colocaciones de los dibujos, al reproducirlos gráficamente. La sucesión esperada en nuestro medio es de izquierda a derecha, y de arriba hacia abajo. De acuerdo con lo anterior, se pueden observar las siguientes variaciones:

A_1.

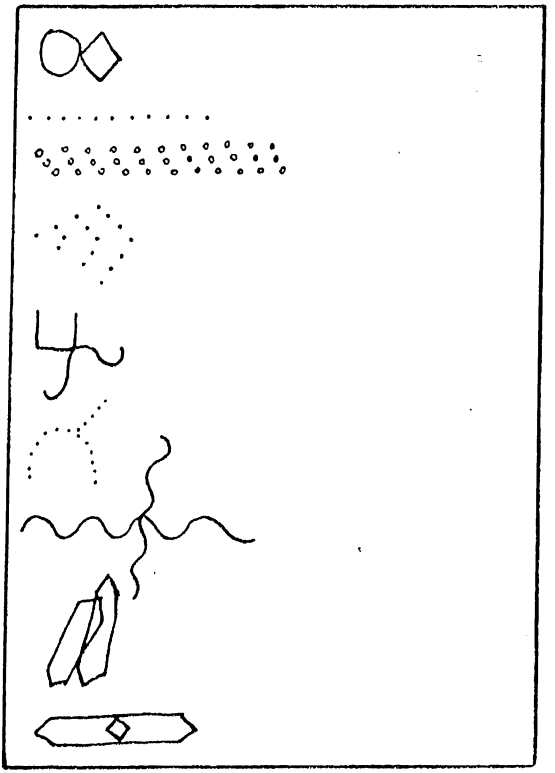
Muy metódica o secuencia fija.

Se caracteriza por la rigidez con que son colocados cada uno de los dibujos, debajo del anterior y por encima del siguiente.

Utilización del margen izquierdo como apoyo o guía. La ubicación de los dibujos parece forzada y no tiene en cuenta la forma real o característica del dibujo mismo.

Interpretación: Meticulosidad exagerada. Funcionamiento intelectual rígido y controlado. Falta plasticidad. Se puede ob-

servar en personalidad excesivamente teóricas. Ansiedad encubierta. Puede ser la resultante de querer mantener el control a través de un factor externo. Rasgos obsesivos de personalidad.



A_2.

Ordenada.

Sigue una sucesión regular, aunque permite una o dos excepciones o inversiones en el orden.

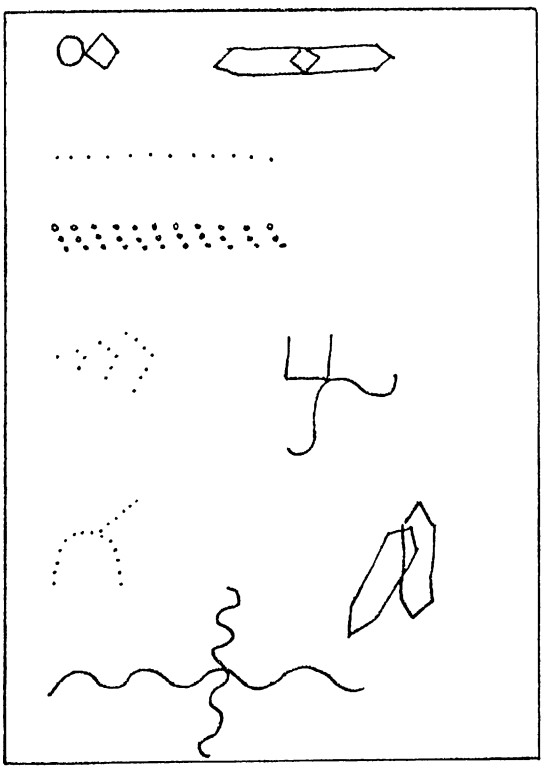
Interpretación : Común en sujetos normales, bien adaptados. Individuos con una buena automatización de los procesos lógicos del pensar, y que dejan un margen para el desarrollo de la inhibición. Indica plasticidad y flexibilidad.

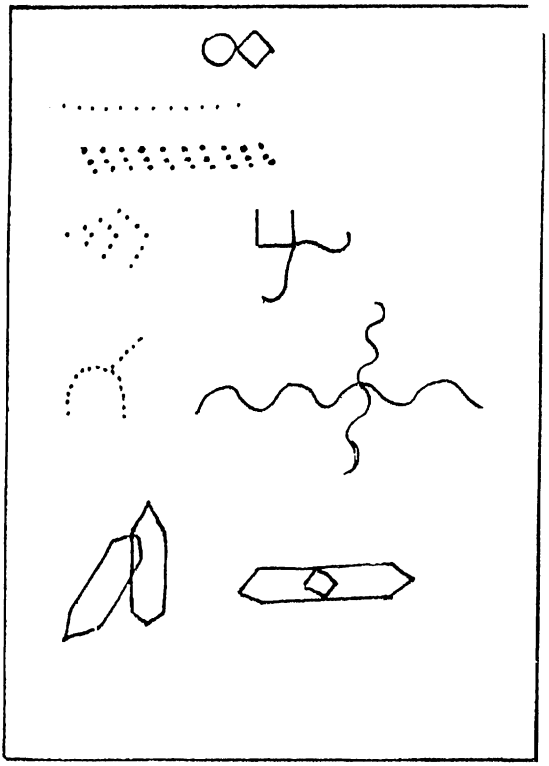
A_3.

Irregular.

Se pueden observar más de dos inversiones en el orden, aunque hay una secuencia lógica en la posición de las figuras.

Interpretación: Caracteriza a una personalidad plástica, que no se encierra excesivamente en los moldes lógicos. Buena adaptación a situaciones nuevas. Normal.





A_4.

Confusa o caótica.

La representación se realiza sin ninguna planificación previa. El resultado es una distribución muy desordenada, relajada y disgregada.

Interpretación: Se observa en psicóticos y/o sujetos con gran ansiedad. Señala una inadecuación en la automatización de los procesos lógicos del pensar. Falta de disciplina mental. Se presenta además en protocolos de sujetos maníacos y delirantes.

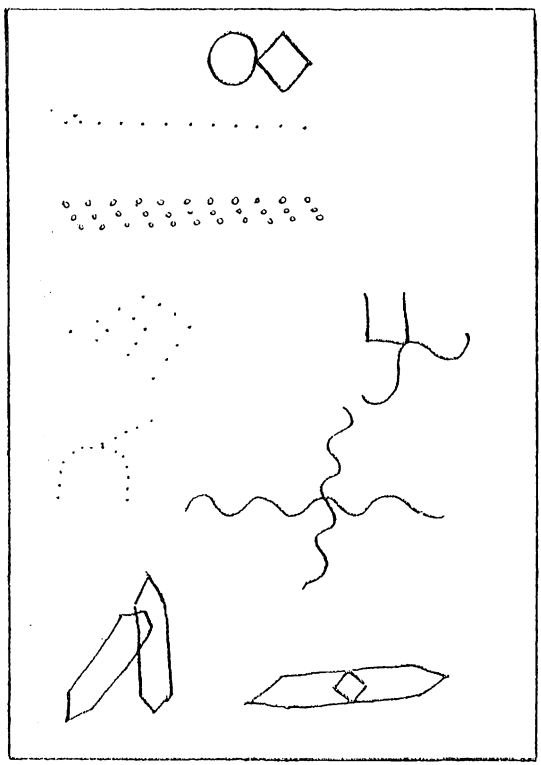
B. POSICION DEL PRIMER DIBUJO

Está en estrecha relación con la actitud del sujeto ante situaciones nuevas, o ante el medio ambiente en general. Se dan tres posibilidades :

B_1

Ubicar el dibujo en el centro, ligeramente por debajo del margen superior.

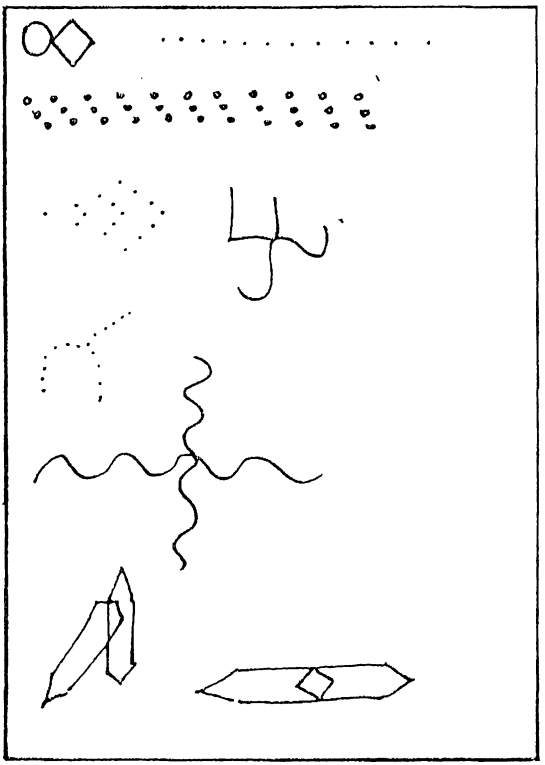
Interpretación: Es la posición más frecuente. Indica buena adaptación a situaciones nuevas. Normal.



B_2

Ubicar el dibujo en el rincón izquierdo superior.

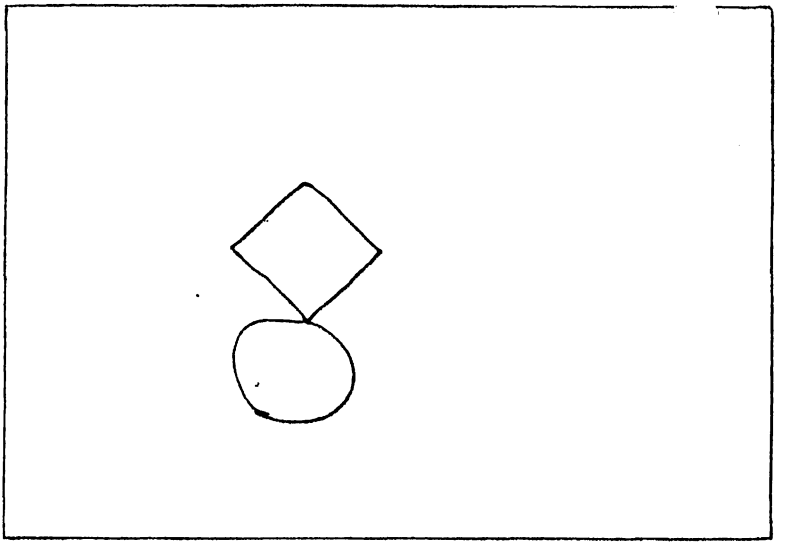
Interpretación: Individuos tímidos y temerosos. Frecuentemente se acompaña de disminución en el tamaño como indicador de inhibición.

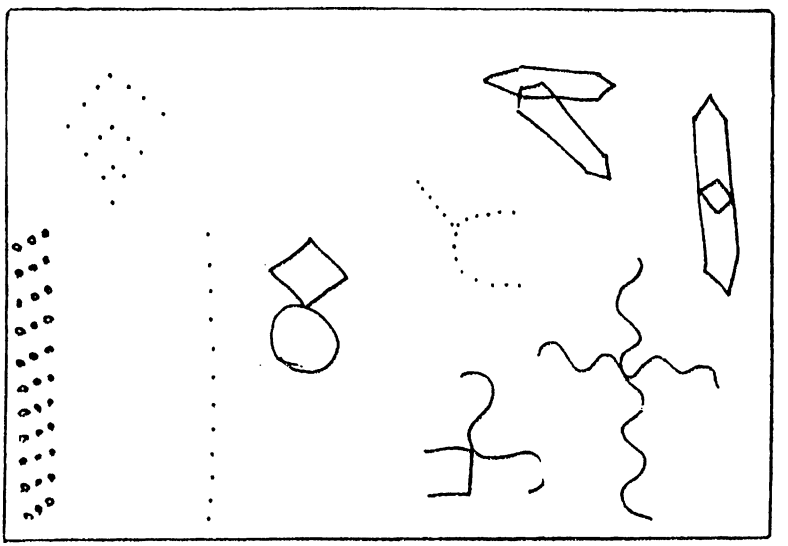


B_3

Ubicar el dibujo en el centro de la página. En general se acompaña de macrografía. El resto de los dibujos pueden aparecer en otra u otras hojas o bien en la misma.

Interpretación: Individuos narcisistas y egocéntricos. Marcado oposicionismo, rasgo psicopático.





C. POSICION GENERAL DE LOS DIBUJOS

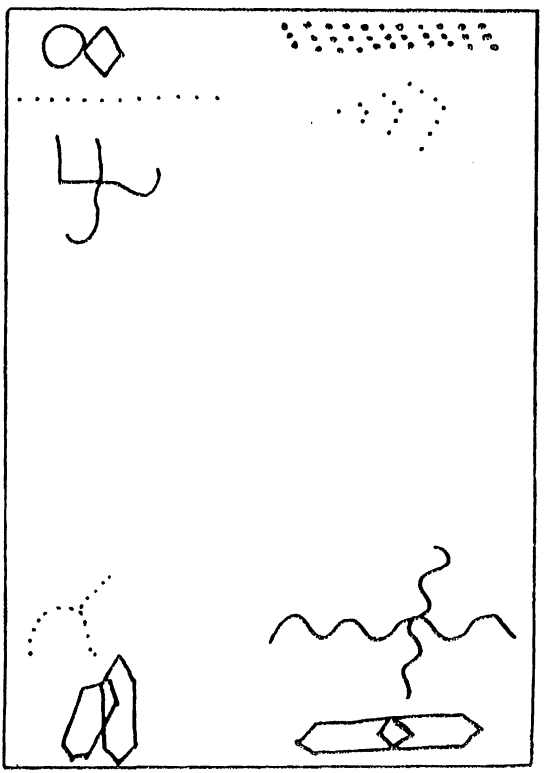
Hay una correlación entre las posiciones generales de los dibujos y las conductas defensivas que el yo adopta, en situaciones nuevas.

Analizaremos cinco posibilidades:

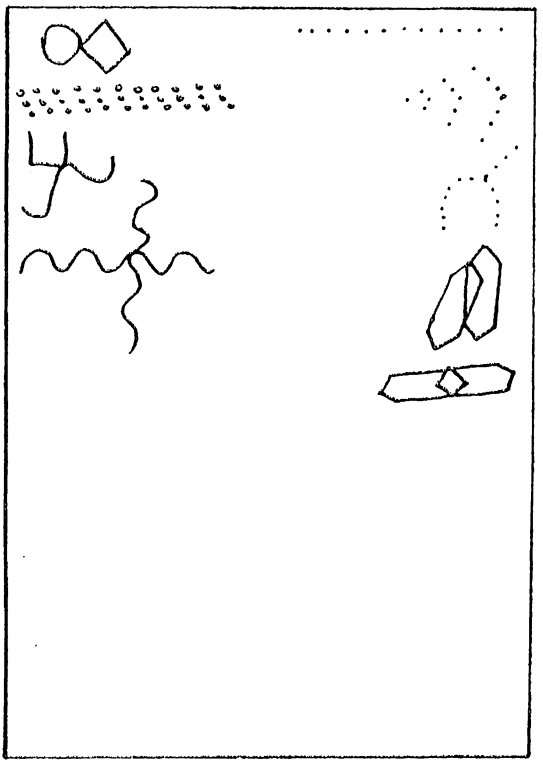
C_1

Figuras colgadas de los extremos, aglutinación de los dibujos en los ángulos de papel.

Interpretación: Incertidumbre, necesidad descontrolada de apoyo, inseguridad, temor a las relaciones interpersonales.



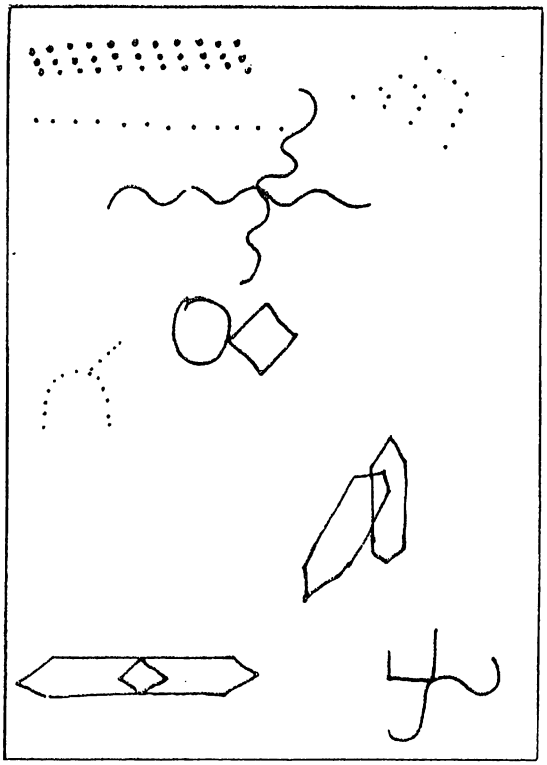
Miedo a adoptar una actitud que pueda provocar el comentario de los otros. Temor a ser centro de atención; dependencia; inestabilidad emocional. Rasgo paranoide.



C_2

Figuras 1 a 8 colocadas arbitrariamente alrededor de la tarjeta A.

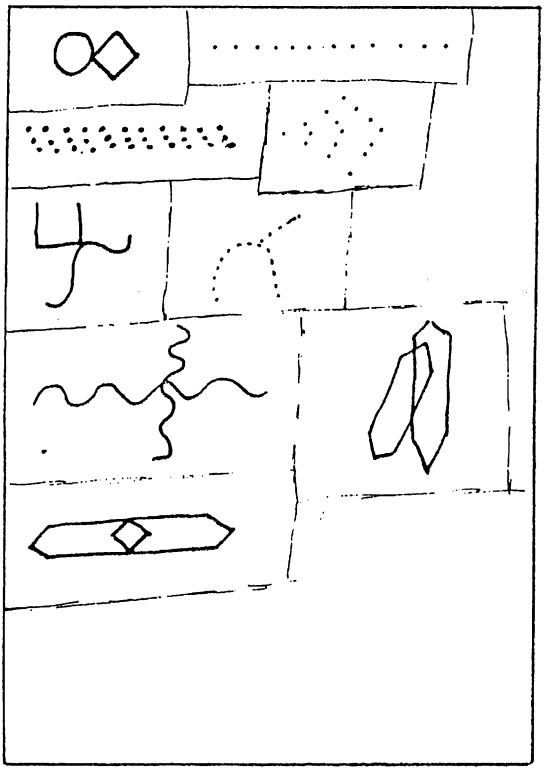
Interpretación: Característica de personas egocéntricas, omnipotentes, narcisistas y con rasgos psicopáticos de personalidad. También se observa en sujetos con gran monto de ansiedad, o mal manejo de la misma.



C_3

Cada figura separada de la otra por líneas que la encierran.

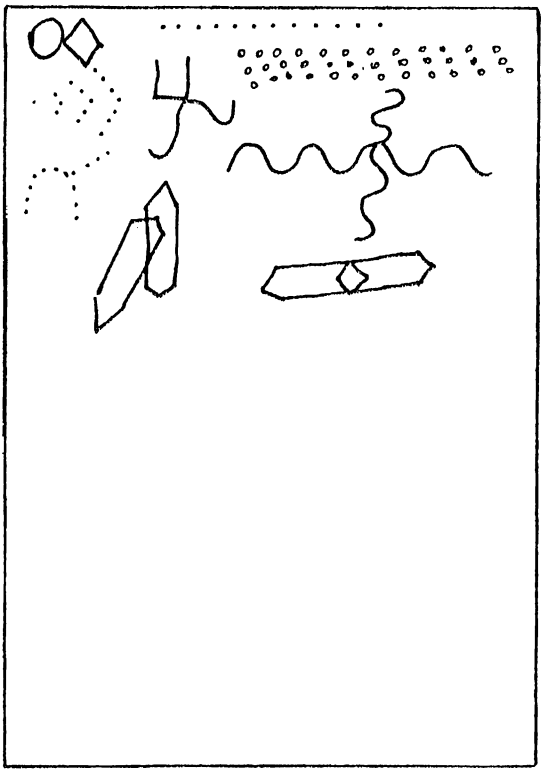
Interpretación: Exagerada búsqueda de seguridad para compensar una marcada inseguridad. Necesidad de compensar la incertidumbre; rasgos fóbicos de personalidad.



C_4

Ubicar los dibujos en la mitad superior de la hoja, dejando libre el resto.

Interpretación: Incertidumbre, falta de adaptación a situaciones; búsqueda de seguridad. Necesidad de defenderse del medio ambiente. Rasgos paranoides de personalidad. Vivencias de hostilidad provenientes de los otros.



C_5

Usar una hoja para cada dibujo o cada dos dibujos.

Interpretación: Posición atípica y bizarra frecuente en psicópatas y esquizofrénicos. Además se puede observar en maníacos. Se acompaña generalmente de giro del papel. Si la necesidad de usar varias hojas se debe al aumento progresivo de tamaño, se interpreta como mal control de la ansiedad. Ansiedad abierta y reactiva; descontrol; falta de límites.

Se considera normal la utilización de hasta dos carillas de papel.

D. USO DEL ESPACIO

Revela las formas de percibir el mundo, amistoso u hostil; y la capacidad para expresar o reprimir la propia hostilidad.

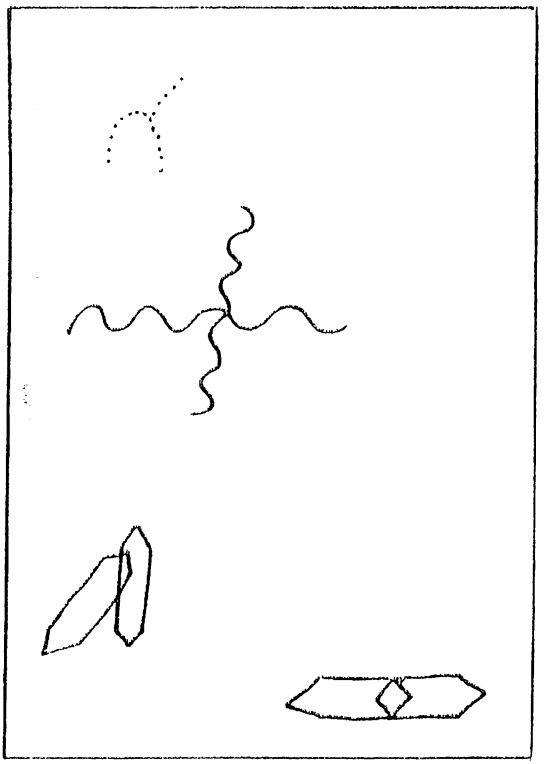
Para su mejor comprensión lo dividiremos en D_I y D_{II}

D_I

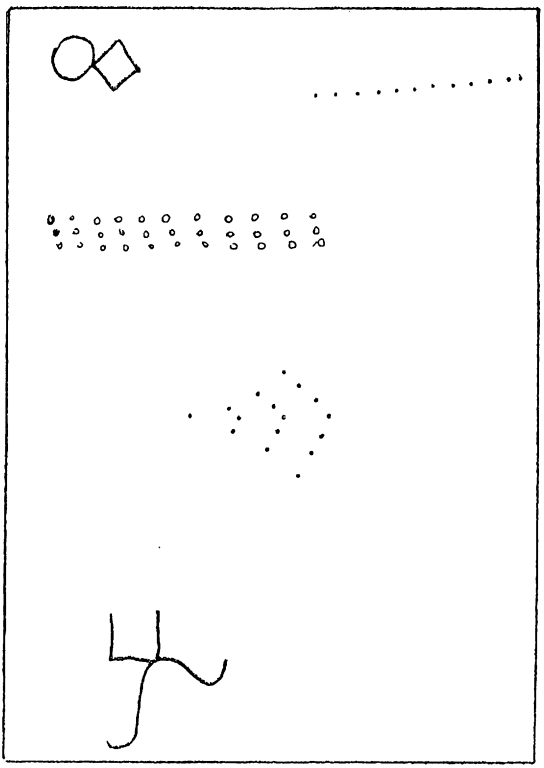
Se refiere al distanciamiento de dos dibujos sucesivos. Se investiga, inspeccionando los puntos adyacentes más próximos a dos figuras sucesivas. Analizaremos :

$D_{I.1}$

Excesivo espacio entre los dibujos como pauta típica del test.



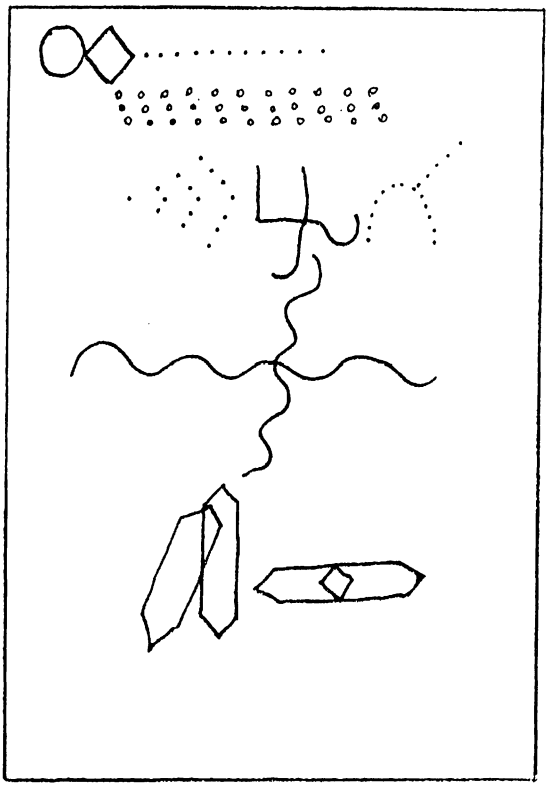
Interpretación: Tendencias hostiles, fuertes y abiertas. Manifiesta extraversión. Se observa en individuos agresivos, rebeldes y de difícil adaptación.



$D_{I.2}$

Poco espacio entre las figuras como pauta típica del test.

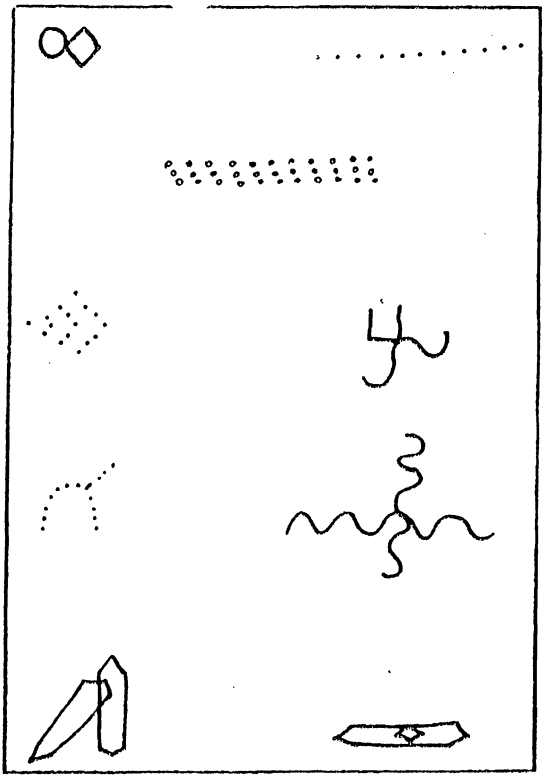
Interpretación: Tendencias pasivas y esquizoides; conducta introvertida; hostilidad reprimida y vuelta hacia adentro; tendencias masoquistas.



D_{L3}

Mucho espacio entre los dibujos y figuras pequeñas. Los dibujos parecen comprimidos en la página.

Interpretación: Frecuente en individuos activamente paranoides. Represión; el mundo se ve amenazante y hostil; falta de adaptación a situaciones nuevas.



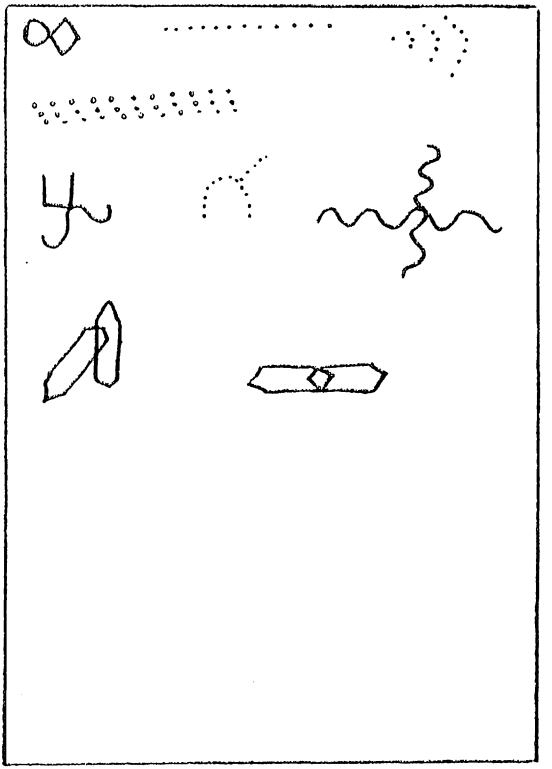
D_{II}

Se refiere a la medida de las reproducciones en relación con los estímulos del test: o sea, comprensión - expansión. Estudiaremos las tres siguientes :

$D_{II.1}$

Tendencia a reducir el tamaño de las figuras. Usar un pequeño espacio de la hoja y dejar el resto libre.

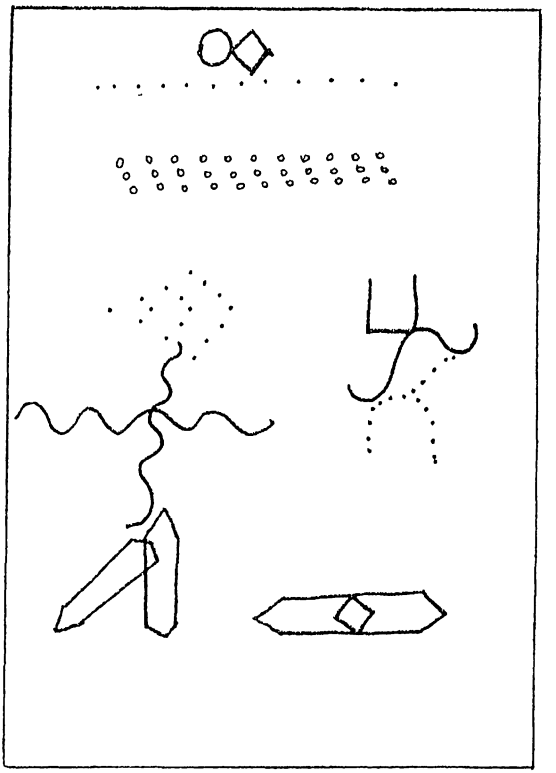
Interpretación: Superyo estricto; rigidez; falta de flexibilidad, restricción yoica, marcada inhibición.



D II.2

Tendencia de las figuras a superponerse. No hay choque.

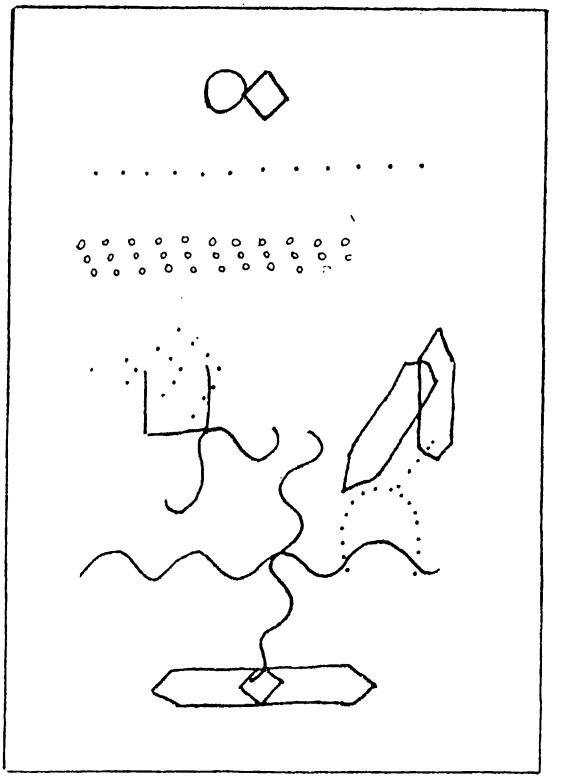
Interpretación: Es indicio de la fuerza del yo. Implica falta de preocupación por los demás. Agresividad, incapacidad para captar las relaciones interpersonales. Sujetos que sufren confusión en los límites de su propio cuerpo.



$D_{II.3}$

Choque o cohesion. Falta de atención por los límites.

Interpretación: Marcada perturbación en el funcionamien- del yo; individuos que no se preocupan por los demás, y son muy agresivos con el medio. Esquizofrenicos; probable lesión cerebral; organicidad. Frecuente en psicóticos deteriorados.



E. USO DE LOS MÁRGENES

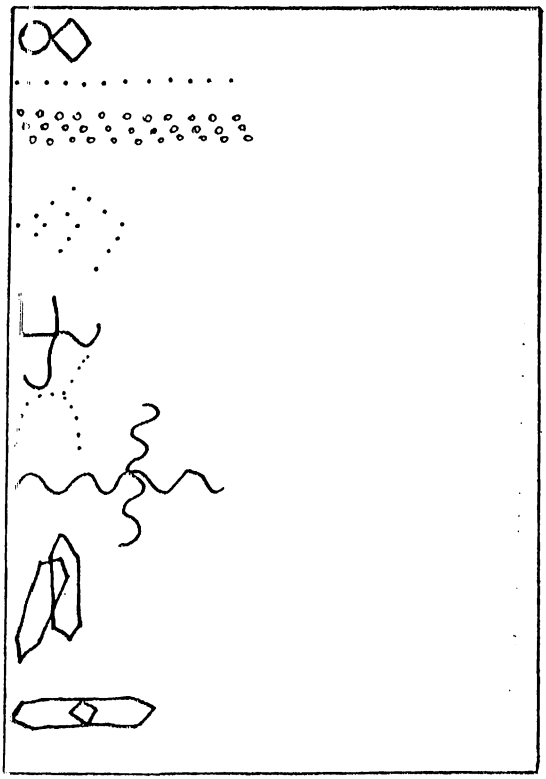
Se refiere a la colocación de cualquier figura a menos de 1 cm de cualquiera de los bordes de la hoja. Describiremos:

E_1

Dibujo ubicado a lo largo del margen del papel.

Interpretación: El sujeto necesita apoyo para su seguridad y ansiedad. Representa un intento de mantener el control a través de un sostén externo, puede ser ocasionalmente un ras-

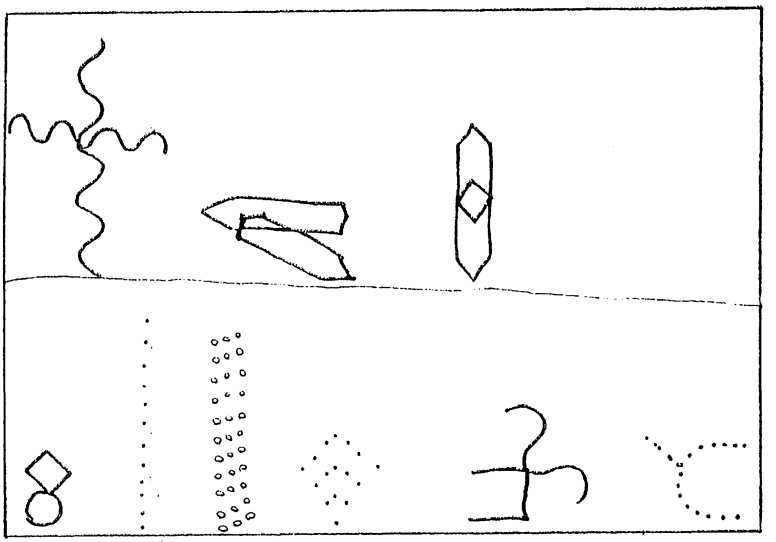
go paranoide. Se ve en suj[illegible] con lesión cerebral, como intento de manejar una situación ante la que se sienten impotentes de resolver.

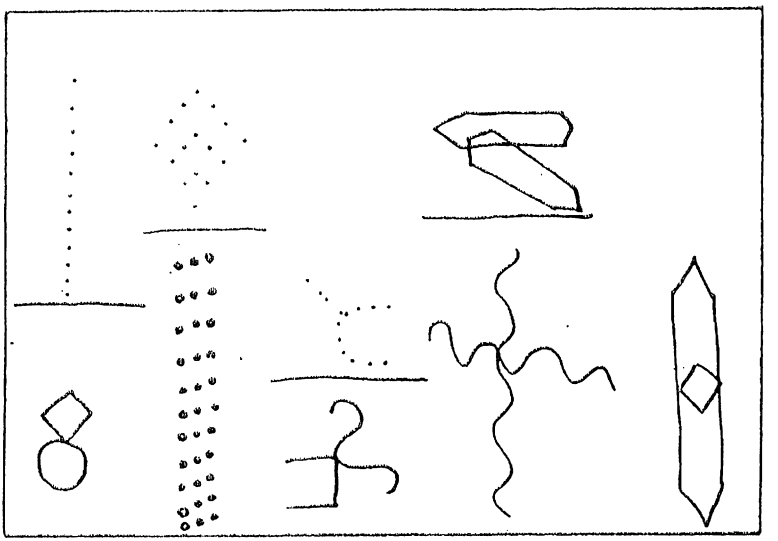


E_2

Dividir la hoja por medio de una línea vertical y colocar los dibujos en el margen izquierdo y junto a la línea divisoria.

Interpretación: Inseguridad; ansiedad encubierta; rasgos paranoides; yo débil, a pesar de que el sujeto intenta controlar la debilidad.





F. GIRO O VARIACION DE LA POSICION DEL PAPEL

F_1

De 90°

Interpretación: Sujetos egocéntricos y omnipotentes. Rasgo psicopático.

F_2

De 180° o más:

Interpretación: Marcadas tendencias oposicionistas; negativismo; rasgo psicopático de personalidad. Frecuente y normal en adolescentes.

G. GIRO DE LA TARJETA

Se refiere al cambio de la posición de la tarjeta estímulo de su posición original. La posición correcta es con el eje longitudinal paralelo al cuerpo del examinado.

Interpretación: Igual a la del giro del papel. Además, se puede observar en lesionados cerebrales, que ante la impotencia de no poder realizar bien la figura, intentan "manejar" la tarjeta.

2. ALTERACIONES DE TAMAÑO

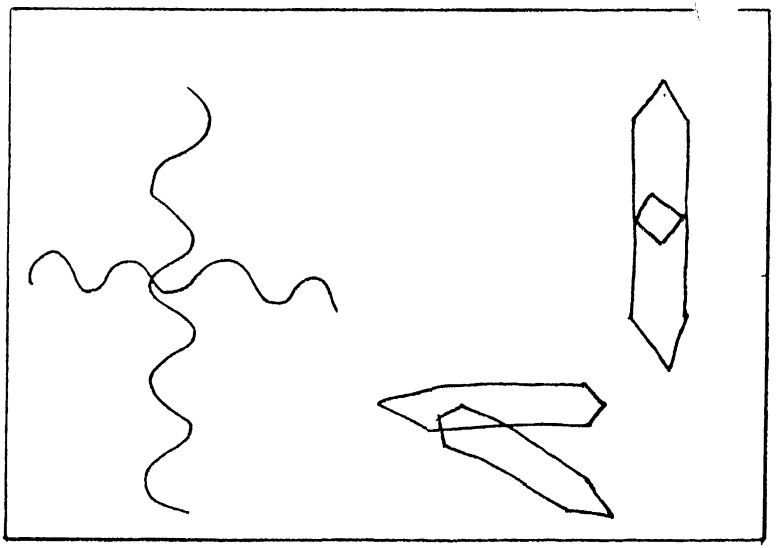
Se considera que el tamaño del dibujo está aumentado o disminuido cuando sus ejes horizontales o verticales son mayores en la mitad o más que el eje de las figuras modelo, sin que se altere la gestalt. El aumento o disminución debe ser observado en la mayoría de los dibujos. El tamaño está directamente relacionado con la ansiedad.

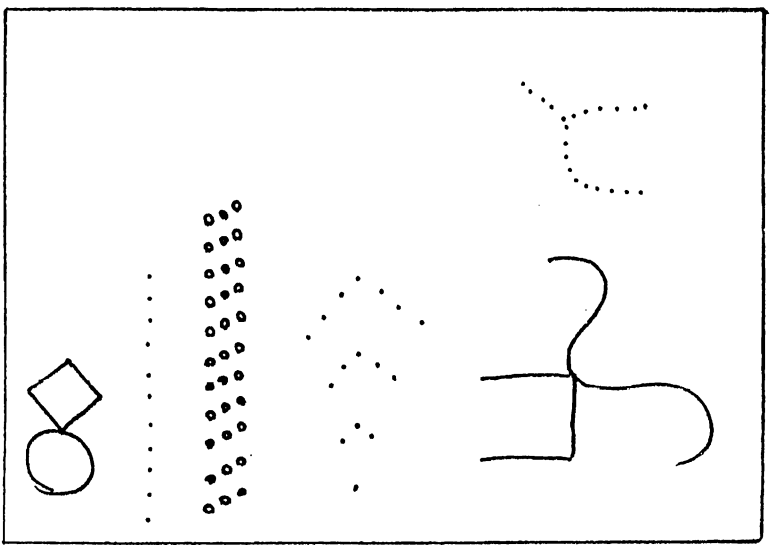
Se pueden dar cuatro variaciones: A, B, C y D.

A.

Aumento general en el tamaño de 5 o más figuras. A veces necesitan utilizar varias hojas.

Interpretación: Formación reactiva frente a marcados sentimientos de ansiedad; el sujeto niega la ansiedad. Excesivo nivel de aspiración; falta de control de la ambición, mal manejo de la ansiedad.

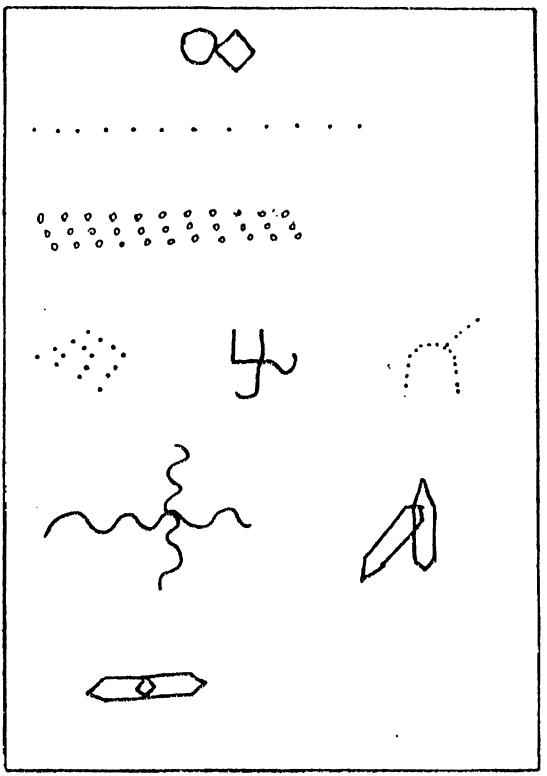




B.

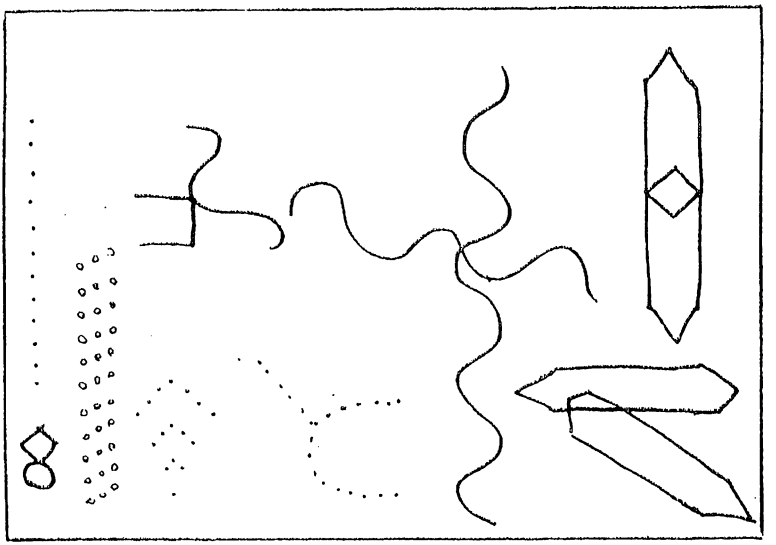
Disminución en 5 o más figuras.

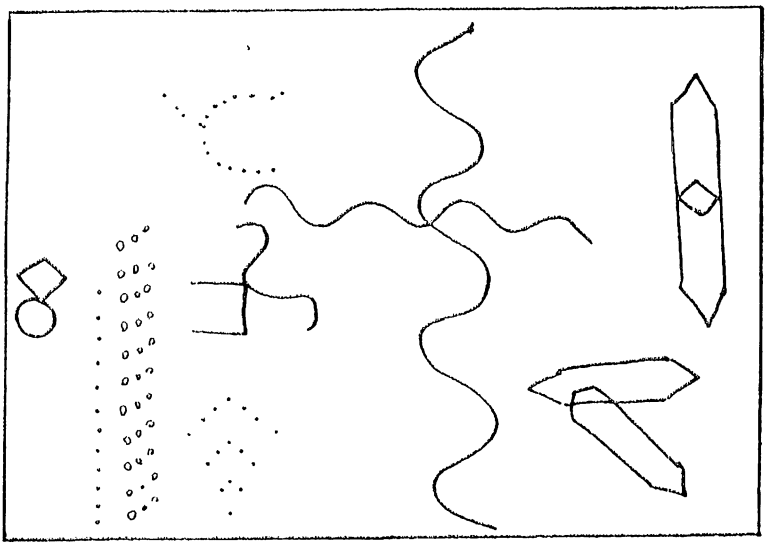
Interpretación: asociado a intensa ansiedad encubierta; inhibición. El sujeto no se puede defender de sus conflictos. Rigidez, retraimiento, superyo severo. Personalidad controlada sin una adecuada expresividad. Inhibición de la espontaneidad. Sujetos emocionalmente bloqueados. Rasgos depresivos.



C.

Aumento y disminución progresivos del tamaño de los sucesivos dibujos (o por lo menos una figura excesivamente grande o pequeña).





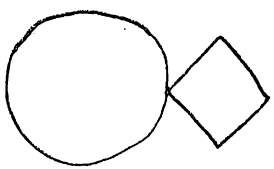
Interpretación: Bajo nivel de tolerancia a la frustración. Individuos irritables explosivos y peligrosos, que pueden comprometerse en una gran cantidad de *acting-out*; rasgos psicopáticos. Si la disminución o aumento se observa en las figuras de semejanza fálica, se puede interpretar como conflictos sexuales; represión, rasgo histérico de la personalidad.

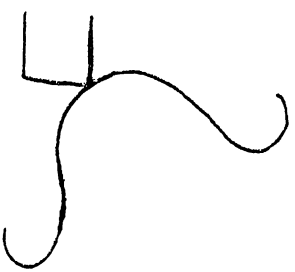
D.

Aumento o disminución del tamaño de un dibujo particular o de partes de un dibujo, especialmente si se diferencia de las características del tamaño de los otros.

Interpretación: Señal de conflicto en el sujeto. Frecuentemente se observa en perturbaciones sexuales.

Si ésto se da en figuras de semejanza fálica tenemos:

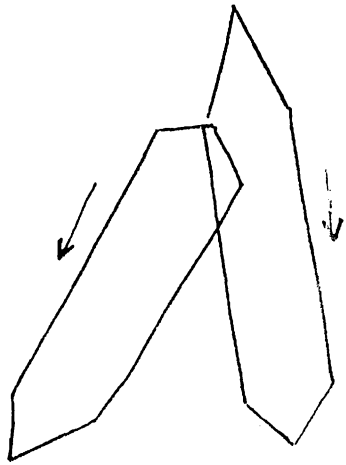




D_1

Aumento en el plano vertical, si la figura tiene orientación de arriba hacia abajo.

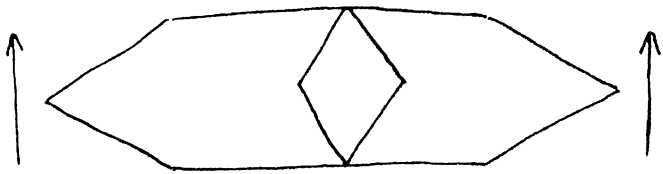
Interpretación: Dificultad con figuras totalitarias o autoritarias.



D_2

Aumento en el plano lateral, si la figura es más ancha que alta.

Interpretación: Dificultad en las relaciones interpersonales; mal establecimiento de adecuadas y satisfactorias catexias.



3. ALTERACIONES DE LA FORMA

Los factores a tener en cuenta están relacionados con algún grado de cambio en la característica guestáltica, pero de ningún modo en una distorsión grosera de la misma.

Los cambios a enumerar y describir en este punto representan desviaciones psicológicas de menos especificidad que las distorsiones groseras.

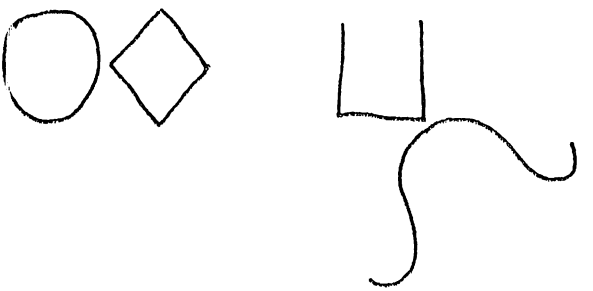
Estos cambios son A, B, C y D.

A. DIFICULTAD EN EL CIERRE DE LAS FIGURAS

Se da al juntar las partes de una figura o de dos figuras adyacentes que se tocan una a otra. Se puede ver en las tarjetas A, 4, 5, 6, 7 y 8.

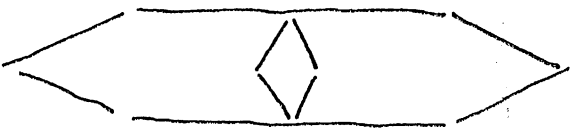
A_1

Separación, espacio en blanco entre dos partes.



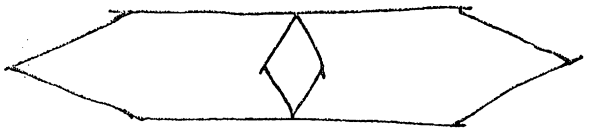
A_2

Brecha, abertura en el contorno continuo.



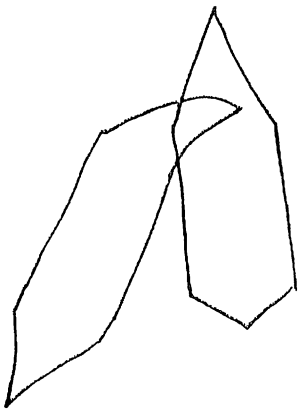
A_3

Extensión; continuación de una línea más allá del punto de unión.



A_4

"Orejas de perro o de burro". Tentativa de hacer un ángulo más allá de la línea de unión.

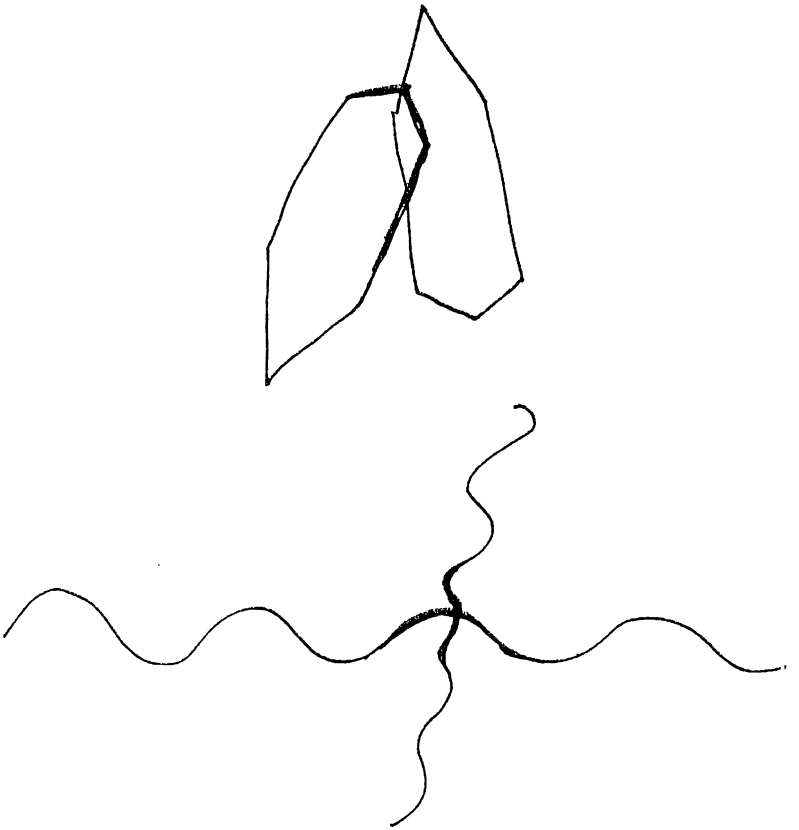


Interpretación: Temor a las relaciones interpersonales. Incapacidad para mantener catexias constantes con adecuados objetos del medio. Perturbaciones emocionales. En general se lo interpreta como desadaptación social. También se ve en lesionados cerebrales.

B. DIFICULTAD DE CRUZAMIENTO

Se da en las figuras 6 y 7, donde una línea cruza a la otra. La dificultad en el cruzamiento se manifiesta por un marcado aumento de la presión del lápiz, repaso, garabatos, borraduras, etc., en el punto de intersección.

Interpretación: Bloqueo psicológico, abulia, indecisión; duda compulsiva; fobias; dificultades en las relaciones interpersonales. Además puede ser indicador de organicidad.



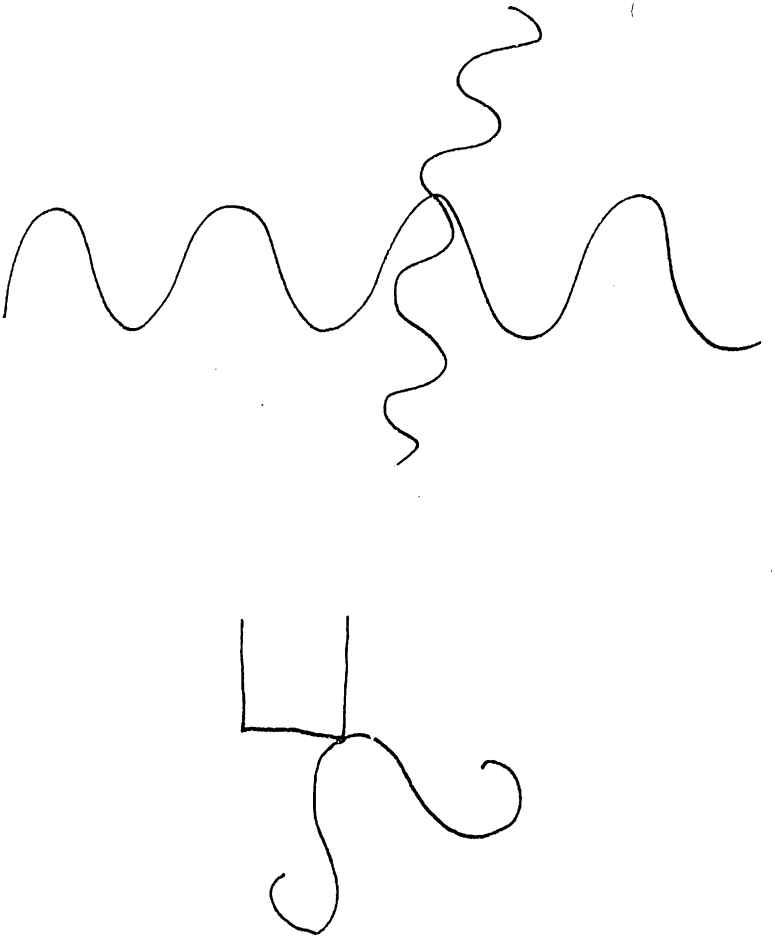
C. CAMBIOS EN LA CURVATURA

Se refiere a cualquier modificación obvia de la naturaleza de las líneas curvas. Se puede observar en las tarjetas 4, 5 y 6.

C_1

Aumento: Las curvas se tornan más manifiestas (mayor altura).

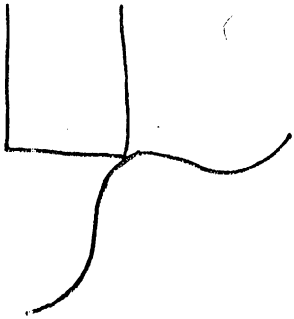
Interpretación: Gran respuesta a estímulos emocionales. Individuos lábiles afectivamente; se presenta también en maníacos; hiperemotividad.

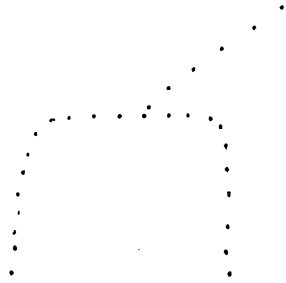


C_2

Disminución: Tendencia a la rectangulación.

Interpretación: Indica atenuación o supresión de afectos e insensibilidad a estímulos externos. Bloqueo; superficialidad en las experiencias emocionales; represión.

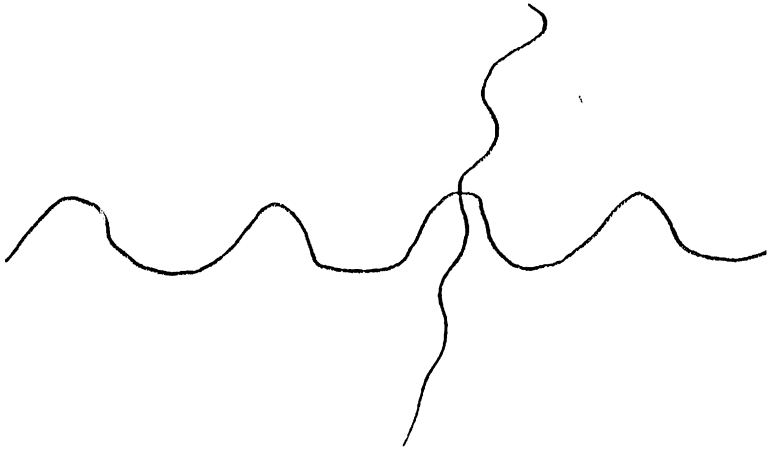




C_3

Curvas acentuadas y aplastadas alternativamente; se acompañan de ángulos redondeados o acusados.

Interpretación: Dificultad en controlar las emociones, labilidad afectiva, distimia. Manifiestos cambios en la expresión emocional. (Mal control de las emociones.) Neurosis.



D. CAMBIOS DE ANGULACION

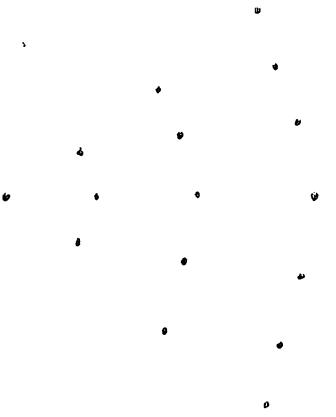
Se debe observar por lo menos en 4 figuras cualesquiera. Se refiere al aumento o disminución en más de 10° de la

angulación de las figuras estímulo. Se puede dar en las tarjetas A, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8. La angulación modificada, refleja la dificultad del sujeto para enfrentarse con estímulos afectivos (problemas en el control de la afectividad y los impulsos). Hay dos probabilidades, aumento o disminución de los ángulos:

D_1

Aumento: Implica un cambio hacia la rectangulación o la obtusidad (ángulos obtusos o rectos en lugar de agudos).

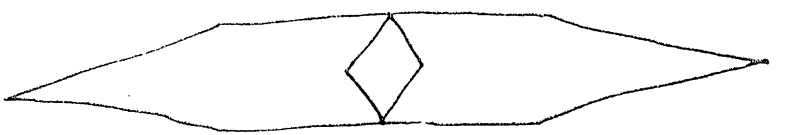
Interpretación: Bloqueo, falta de expansión; represión afectiva, inhibición. Trastornos de coordinación visomotora. Puede proceder de algún trastorno orgánico.



D_2

Disminución: Los ángulos son más agudos de lo que deberían ser. Incapacidad del sujeto para lograr los ángulos que forman dos figuras entre sí; suelen aparecer orejas de perro o de burro.

Interpretación: Excesiva reacción emocional a estímulos externos; hiperemotividad y/o marcada agresividad. Sentimientos de inseguridad e intento de controlar un trastorno o conflicto subyacente.



4. DEFORMACIONES O DISTORSIONES GROSERAS

A los factores incluidos dentro de este subtítulo, se los considera indicadores de una severa patología. No obstante, debemos destacar que su presencia puede deberse a otros factores y no a patología (excepcionalmente).

En general, la aparición de uno o más de ellos en un protocolo nos debe alertar acerca de una probable severa perturbación.

En protocolos de sujetos neuróticos, la presencia de los mismos, debe considerarse circunstancial; no así en sujetos psicóticos y orgánicos, donde encontrarlos es habitual.

Las distorsiones representan la pérdida del control del yo, y por lo tanto son severas.

Las distorsiones severas de la gestalt son:

A. Rotación perceptiva.

B. Retrogresión.

C. Simplificación.

D. Fragmentación.

E. Superposición.

F. Garabateo y elaboración.

G. Concretización.

H. Perseveración.

I. Desplazamiento.

J. Fallo o repaso total.

A. ROTACION PERCEPTIVA

Se refiere a la rotación del eje mayor de la figura, estando la tarjeta y la hoja de papel en posición correcta.

No debemos confundir rotación perceptiva con el desplazamiento de una de las partes.

En la rotación perceptiva, lo que se observa es el resultado final de la conducta, por lo tanto, no debemos olvidar que son muchos los factores que pueden ocasionar su aparición; por ejemplo, la edad, el nivel de maduración visomotor, etc. sin ser patológico.

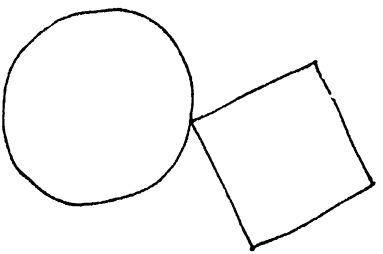
Es importante recordar las causas que pueden motivar su aparición, para no cometer errores en la interpretación.

Su gravedad dependerá de la amplitud de la rotación, por lo que tendremos:

A_1

Rotación de 10° a 15°: En general se da siguiendo las agujas del reloj.

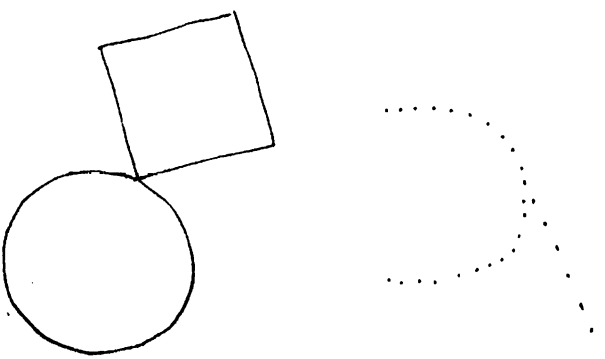
Interpretación: Tendencias defensivas; también se suele presentar en depresivos como resultante de la caída del tono psicomotor.



A_2

Rotación de 50° a 90°: se da siguiendo el sentido contrario a las agujas del reloj. Se llama inversión o rotación perceptiva mediana.

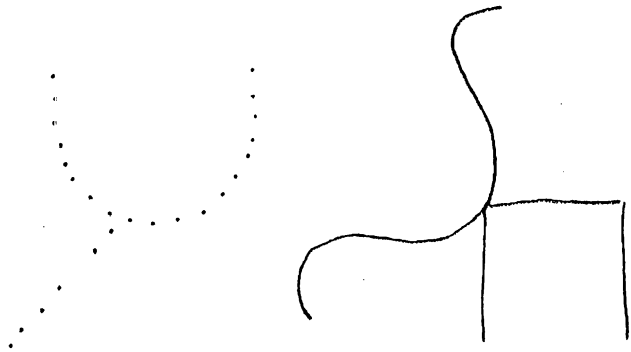
Interpretación: Tendencias antagónicas u oposicionistas. Se puede ver en disléxicos, individuos con problemas de lateralidad y en lesionados cerebrales; epilépticos e intoxicados graves; además, en esquizofrenias.



A_3

Rotación de 90° a 180° : Rotación de la figura en forma completa en relación al papel.

Interpretación : Trastornos de orientación témporo-espacial y lateralidad; dislexias; común en esquizofrénicos; estados confusionales y pacientes orgánicos.

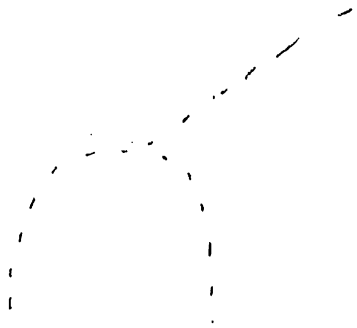


B. RETROGRESION, PRIMITIVIZACION O SOBRESIMPLIFICACION

Consiste en la sustitución del estímulo por una gestalt primitiva. Se refiere sólo a casos en que hay una concreta evidencia de que el individuo ha logrado un nivel total de maduración más alto, pero que demuestra pautas guestálticas más primitivas en el test. Las desviaciones más comunes consisten en sustituir :

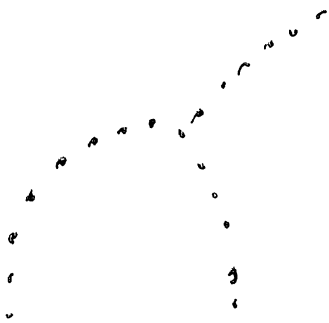
1. Con círculos los puntos y óvalos (figuras 1, 2, 3, 5).

2. Con guiones los puntos u óvalos (figuras 1, 2, 3, 5).

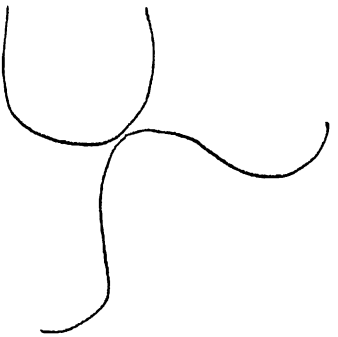


3. Con puntos los óvalos (figuras 1, 3, 5).

4. Con garabatos los puntos u óvalos (figuras 1, 2, 3, 5).

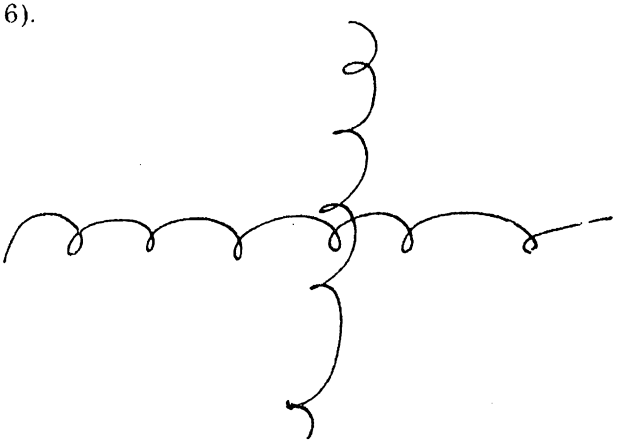


5. Con arcos los ángulos (figuras A, 4 y 8).

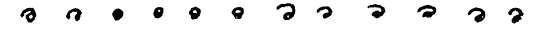


6. Con arcos los ángulos agudos u obtusos (figuras 3, 7 y 8).

7. Con bucles las curvas, los puntos y óvalos (figuras 1, 2, 3, 4, 5 y 6).



8. Con espirales no radiados por puntos y óvalos (figu 1, 2, 3, 5).



Interpretación: Significa que el individuo ha perdido efectividad en el funcionamiento del yo y revela una profunda perturbación de su personalidad.

En algunos casos, y sólo cuando aparece en una o dos tarjetas (en especial en la 1 y la 5), la sustitución de puntos por círculos, y no existiendo otro u otros factores de distorsión de la gestalt, puede indicar inmadurez emocional.

Pero en general, más que un rasgo neurótico, la primitivización es un importante indicador de debilidad mental, organicidad o rasgo psicótico (manía).

Diagnóstico diferencial : Depende del grado o nivel de maduración visomotora y de la presencia o ausencia de elementos insólitos en el resto del protocolo.

Los deficientes mentales y los pacientes orgánicos suelen emplear la espiral cerrada además de presentar otras dificultades de coordinación motora, trastornos rotativo-perceptivos y cierta tendencia a usar el estímulo en el plano concreto.

El neurótico, en cambio, no presenta trastornos motores específicos, ni rota perceptivamente las figuras, y menos aún, intenta manejar el material a nivel concreto.

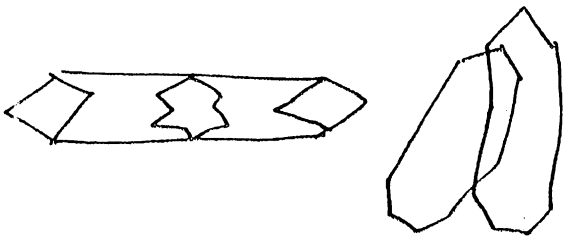
El maníaco primitiviza por el poco tiempo de observación de la tarjeta estímulo.

C. SIMPLIFICACION O CONCRECION

Distinto de la regresión. No es una forma más primitiva, sino que la gestalt es reemplazada por una forma distinta, aparentemente más "completa", pero que para el sujeto resulta más fácil de hacer. Por ejemplo, puede dibujar un rectángulo o un octógono en lugar de los exágonos de la tarjeta 7.

Interpretación : Aparece frecuentemente en procesos psicóticos; cuando hay incapacidad para manejar una situación real (sentimiento de impotencia); y en las lesiones cerebrales.

Diagnóstico diferencial: Se establece porque el lesionado cerebral intenta corregir el dibujo, porque tiene conciencia de la falla y aparece la autocrítica. En procesos psicóticos, en cambio, el sujeto no percibe la alteración del dibujo en relación al modelo. También se lo detecta en las psicopatías, porque el psicópata simplifica para no esforzarse, y por la dificultad de coordinación motora, debida a impulsividad y precipitación.



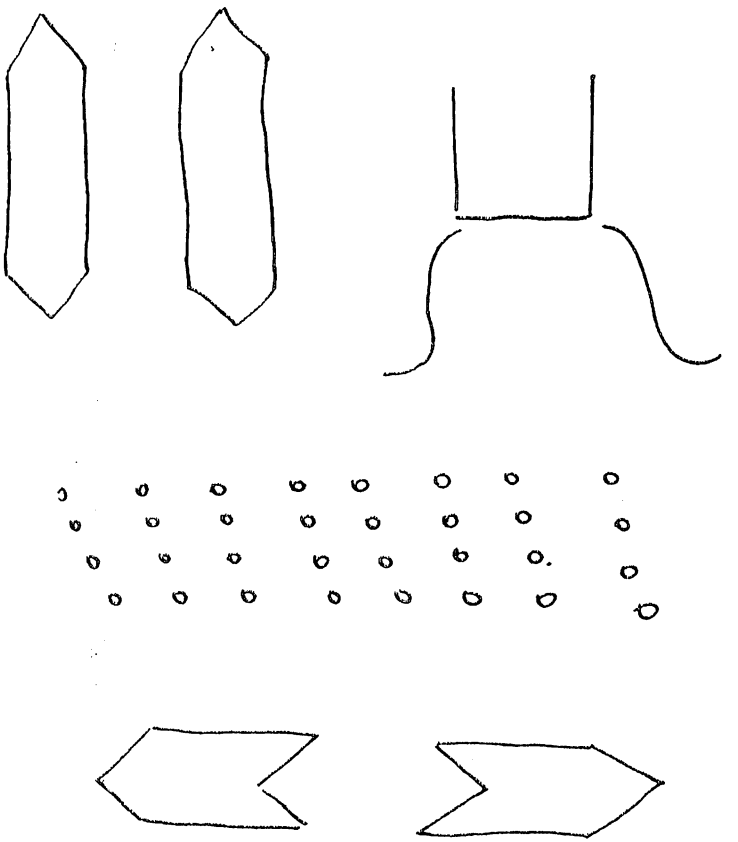
D. FRAGMENTACION

El sujeto rompe la gestalt y reproduce sólo una parte, los dibujos son incompletos, las partes del todo se dan disociadas. Algunos sujetos reproducen bastante bien y con precisión, pero sin conciencia de que los detalles que están copiando forman parte de una unidad; por ejemplo, en la figura 2, coloca tres hileras de óvalos, y si llega al final de la hoja antes de que tenga el número de elementos que exige el modelo, coloca otros adicionales en la línea inferior a las figuras iniciales.

La fragmentación, se da también cuando no se respeta la cantidad de elementos que tiene la gestalt.

Interpretación: Trastornos de organización. Percepción inadecuada y/o dificultades motoras. Los que padecen trastornos motores son pacientes orgánicos y los que tienen dificultad en organizar sus percepciones pueden ser orgánicos o esquizofrénicos. La fragmentación implica una tendencia a la división y a la disociación. Aparece en severas psicosis; lesiones cerebrales, afásicos, amnésicos y ocasionalmente en síndromes histéricos.

Diagnóstico diferencial: en los pacientes con dificultades motoras, el sujeto hace verbalizaciones espontáneas y revela que le es imposible realizarlo como está en el modelo, evidenciando que no hay fallas en la percepción.



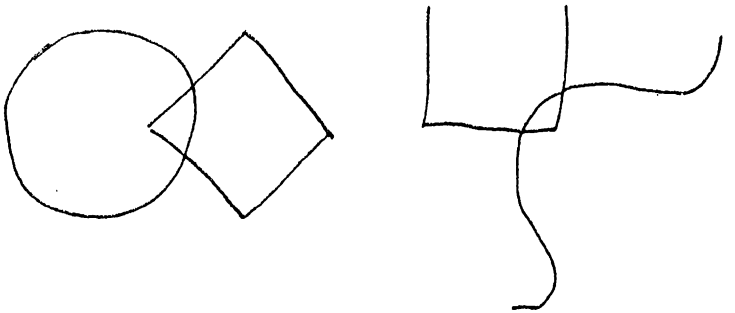
E. SUPERPOSICION

Se refiere a la superposición de los dibujos de una misma tarjeta entre sí. Se puede dar en A, 4, 5, 7 y 8.

E_1

Penetración: Se da la superposición en dos partes de una figura, que sólo deberían tocarse.

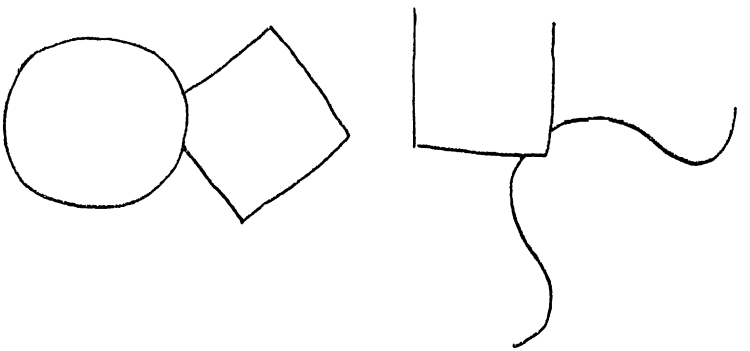
Interpretación: Se da en cuadros de organicidad, en particular en lesionados cerebrales, intoxicaciones y síndromes confusionales agudos (figuras A, 4, 5, 7 y 8).



E_2

Absorción: En este caso, las partes se tocan, pero la punta de una falta, debido a la intersección de la otra.

Interpretación: Al igual que el punto anterior, es característico de lesionados cerebrales, en particular de las zonas occipital y parietal. En niños de hasta 5 años, es común observarlo, sin ser necesariamente un rasgo de organicidad (figuras A, 4, 5, 7 y 8).

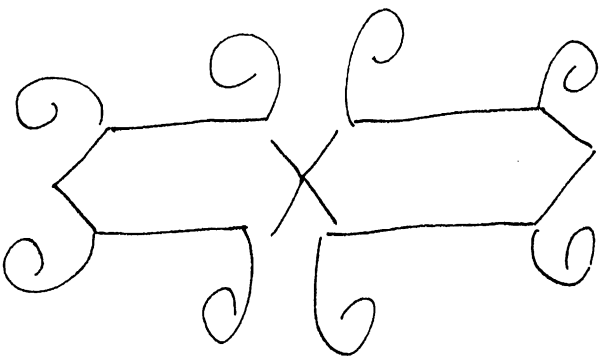


F. GARABATEO Y ELABORACION

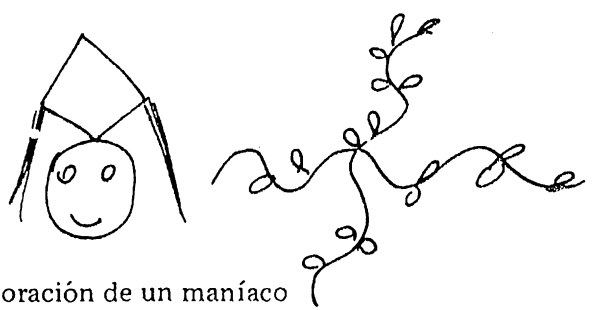
Es la más característica de las distorsiones. El estímulo sirve al sujeto de resorte para volcar sus preocupaciones y necesidades, procediendo éste, de una manera absolutamente arbitraria. También, las figuras pueden aparecer formando un conglomerado, es decir, dos o más tarjetas forman un nuevo dibujo.

Interpretación: Indica agitación y escasa concentración; además de una pérdida del funcionamiento del yo. Las elaboraciones son indicadores siempre, de una profunda alteración. Aparecen sólo en dos síndromes :la esquizofrenia y la manía.

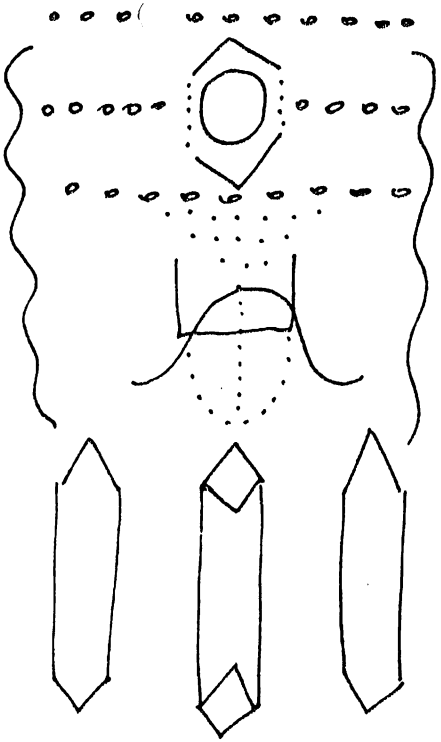
Diagnóstico diferencial: El esquizofrénico no sólo elabora, sino que además destruye la gestalt, como resultado de su propia disociación. El maníaco en cambio, sólo elabora, no fragmenta.



elaboración de un esquizofrénico



elaboración de un maníaco



conglomerado

G. CONCRETIZACION

Surge de la necesidad, por parte del sujeto, de manejar la gestalt a un nivel concreto y adjudicarle un sentido específico. Por ejemplo, decir que la tarjeta 3 es un racimo de uvas, o un pino, o una flecha, o una bandada de pájaros; o la 6, las olas del mar.

Interpretación: Seria regresión y pensamiento patológico. Aparece frecuentemente en esquizofrénicos, severas psicosis con lesión cerebral y en oligofrénicos. En general caracteriza tanto al débil mental como a las psicosis severas y cuadros orgánicos. No obstante, puede verse, con menos frecuencia en psicopatías graves, por el manejo que éstos hacen del mundo exterior.

H. PERSEVERACION

Consiste en la repetición del estímulo. Hay dos formas, perceptual y motora.

H_1

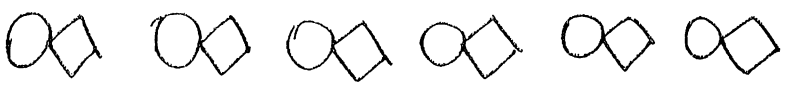
Perceptual: Persistencia del patrón de la tarjeta anterior en la siguiente o siguientes.

Interpretación; Grave distorsión que aparece en esquizofrénicos, psicosis alcohólicas, drogadicción y cuadros confusionales agudos.

H_2

Motora: Repetición de una o mas unidades de las que exige el estímulo (se da en la misma tarjeta).

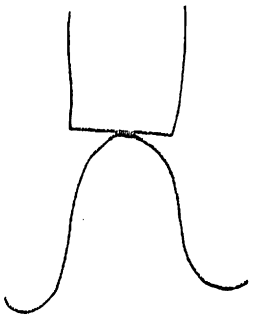
Interpretación: Perturbación profunda. Detención del desarrollo, lesión cerebral. Se ve en epilépticos, disrítmicos, niños con D.C.M. (disfunción cerebral mínima) y oligofrénicos.

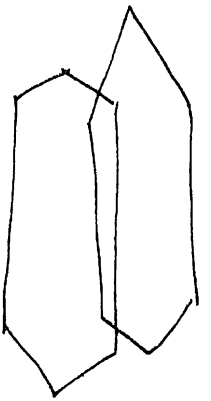


I. DESPLAZAMIENTO

Se da cuando las diversas partes de la figura aparecen relacionadas de una manera desviada.

Interpretación: Sujetos que reaccionan de una manera atípica, extraña y probablemente negativa ante la tarea. Trastorno común en caso de deterioro orgánico, en procesos esquizofrénicos y en psicopatías por reacciones precipitadas.

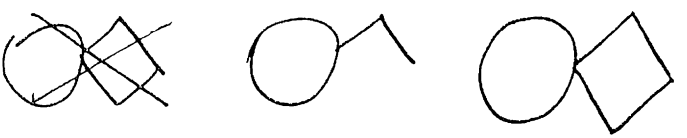




J. REPASO O FALLO TOTAL

Consiste en el fracaso ante la realización de una tarjeta. El sujeto no borra sino que tacha, ya sea al finalizar la figura, o antes de hacerlo. También puede darse que deje varios dibujos incompletos, intentando corregir el primero.

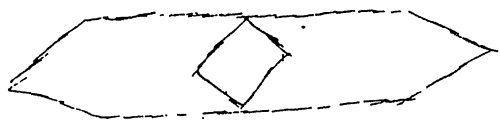
Interpretación: Se lo interpreta como indicador de un alto monto de ansiedad, tanto, que le impide al sujeto la posibilidad de planificar una tarea, y a la vez lo factible de modificarla. Bajo nivel de tolerancia a la frustración. Rasgo neurótico.



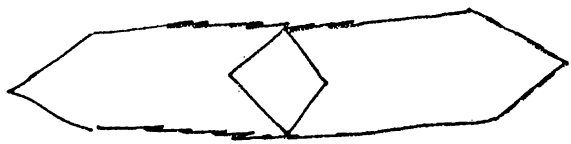
5. DIBUJO

Se refiere al tipo de líneas utilizadas, intensidad y continuidad de las mismas. Se pueden observar:

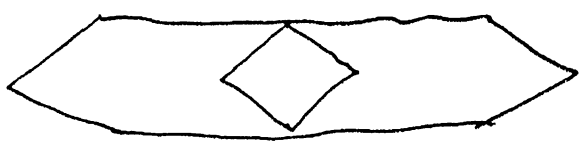
a) Miscelánea: Hacer muchas líneas abortadas; el producto final es una mala gestalt.
Interpretación: Ansiedad.



b) Espigas o spikes: trazado saltativo y en puntas.
Interpretación: Rasgo epileptoide.



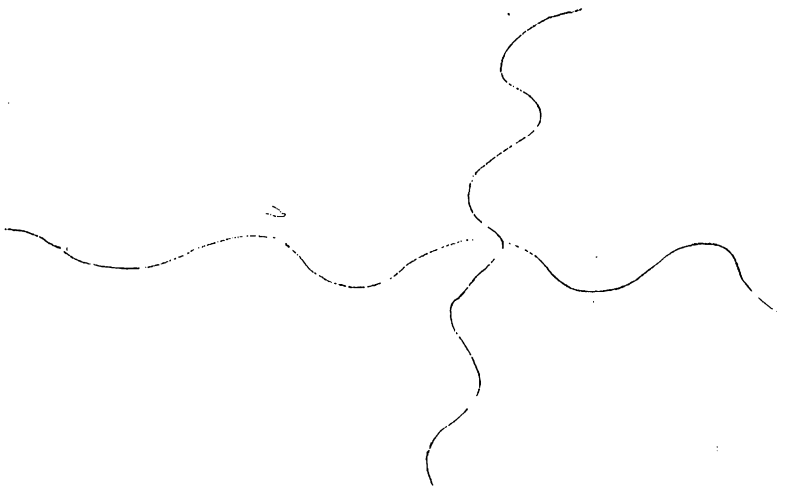
c) Incoordinación motora: Movimientos irregulares, pobre control motor.
Interpretación: Temblores y espasmos provocados por algún cuadro orgánico. Además indica tensión y ansiedad.



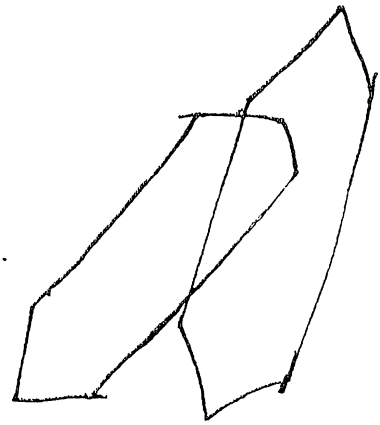
d) Calidad de la línea, tipo de línea.

d_1 Pesada, impulsiva, enérgica, que casi rompe el papel.
Interpretación: agresión, hostilidad frente al ambiente, rasgo epiléptico y/o psicopático.

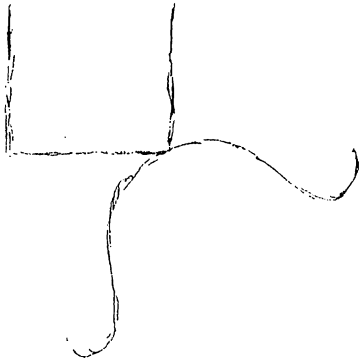
d_2 Débil, esbozada, casi imperceptible.
Interpretación: ansiedad, timidez, falta de autonomía y autoconformismo, vacilación. Rasgo depresivo.



d_3 Exageradas: Sin control.
Interpretación: Incapacidad para una fácil inhibición de los impulsos. Rasgo psicopático.



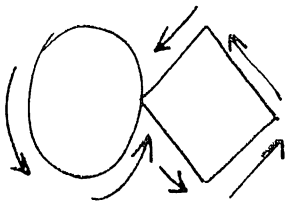
d_4 Bosquejo: Repaso con trazos repetidos; hace una línea previa que luego une o borra.
Interpretación: Frecuente en sujetos normales de espíritu crítico, con libertad de modificar y posibilidad de conformar a los adultos.



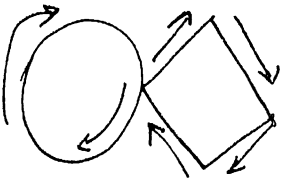
6. MOVIMIENTOS

Los movimientos determinantes pueden ser hacia o contra las agujas del reloj. Lo característico es seguir la dirección opuesta a las agujas del reloj, en las figuras cerradas.

Si la dirección característica del sujeto es siguiendo el sentido de las agujas del reloj, sospechamos zurdera, actitudes oposicionistas, problemas de lateralidad o rasgo orgánico.

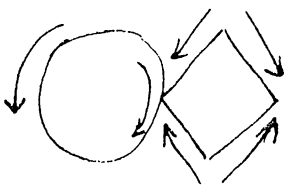


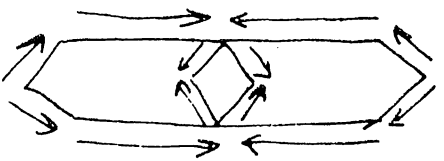
normal



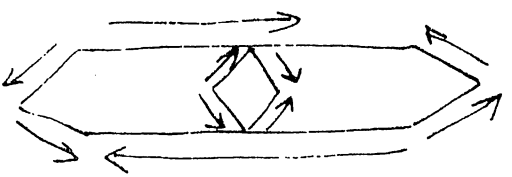
inhabitual

Además, puede suceder que el sujeto ejecute movimientos de afuera hacia adentro, lo que nos hablaría de una personalidad egocéntrica y narcisista.



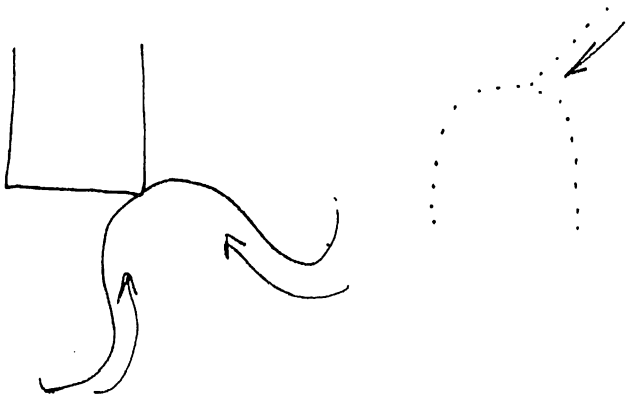


Otro aspecto a tener en cuenta, es la consistencia de la dirección de los movimientos. Cuando un sujeto muestra discrepancia entre las direcciones de sus dibujos, ésto puede estar relacionado con bloqueo emocional, pero con intentos de solucionar los conflictos.

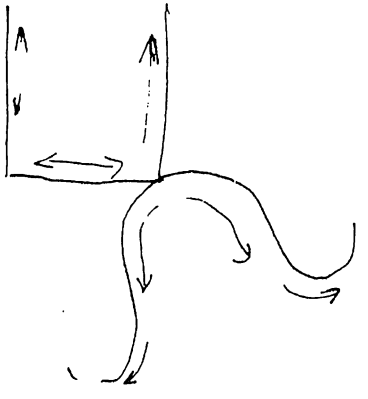


Por último hacemos mención a la dirección de la(ıeas en las partes oblicuas de las figuras 4, 5 y 6.

De afuera hacia adentro indica un rasgo de introversivo.



Por el contrario, de adentro hacia afuera, una característica extroversiva.



7. METODO DE TRABAJO

Hace referencia al tipo de pautas de conducta que se man tienen a lo largo de la prueba como característica..

Detallismo: Preocupación del sujeto por alguna parte del dibujo que no es necesariamente la más difícil. Dibuja, repasa, borra, aunque el dibujo esté bien hecho. Presiona al dibujar.

Interpretación: Indica conflictos por exceso de análisis del mundo exterior. Rasgo neurótico; puede ser indicador de conflictos sexuales, si ésto se observa especialmente en las figuras fálicas (7 y 8).

Impulsividad: Dibujo muy rápido, sin planeamiento ni autocrítica.

Interpretación: Incapacidad para tolerar las frustraciones. Correlación con *acting-out*, rasgo psicopático.

Lentitud: Tiempo de ejecución prolongado.

Interpretación: Marcada autocrítica y exigencia superyoica. Rasgo depresivo.

Utilización de líneas para encerrar los respectivos dibujos en general se acompaña de microscopía.

Interpretación: Indice de aislamiento. Rasgo fóbico y/o paranoide.

Ejecuciones demasiado perfectas; se suele acompañar de uno o dos rasgos bizarros como, por ejemplo, rotaciones perceptivas.

Interpretación: Defensa contra una incipiente desorganización del yo. Perturbación orgánica o esquizofrenia incipiente.

Capítulo V

INDICADORES PSICOPATOLOGICOS EN EL BENDER

Al comenzar este trabajo, se dijo que el test de Bender, además de ser un elemento de suma importancia para facilitar al psicólogo el conocimiento del nivel de maduración visomotora de los niños y deficientes mentales, era utilizado en la clínica para detectar en primer término organicidad y que su uso se extendió con el tiempo a otras alteraciones psicopatológicas tales como esquizofrenia, depresión, manía, psicopatía, neurosis, alcoholismo, drogadicción, etc.

Con el objeto de facilitar a los alumnos de psicología una rápida correlación entre los indicadores psicopatológicos del test, con las manifestaciones clínicas de cada cuadro, se presentará un resumen de las mismas, incluyendo etiologías y clasificaciones. No se pretende con ésto elaborar un trabajo sobre psicopatología, sino ofrecer al lector una brevísima síntesis de los diversos cuadros y comprender así las producciones y proyecciones de cada síndrome en particular.

PSICOSIS

Las psicosis son trastornos profundos de la personalidad, que se caracterizan por una pérdida de la conciencia de sí mismo, desintegración de las conductas sociales, pérdida definitiva o temporal de las funciones intelectuales (memoria, atención, juicio, etc.) y trastornos de la afectividad.

Citaremos entre ellas, las psicosis esquizofrénica, maníaco depresiva, epiléptica, puerperal, sifilítica y alcohólica entre otras.

En relación al test de Bender, interesa en este pu[illegible] sólo dedicarnos a la esquizofrenia y a la psicosis maníaco depresiva, dado que de las restantes nos ocuparemos en el tema de organicidad.

PSICOSIS ESQUIZOFRENICA

La podemos definir como "un proceso de disgregación mental", que se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir, en un caos imaginario (Henri Ey).

Es un conjunto de trastornos, en los que predominan la discordancia, la incoherencia ideo-verbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes, las alucinaciones mal sistematizadas y perturbaciones afectivas profundas en el sentido del desapego y de la extrañeza en los sentimientos; trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad (Henri Ey, *El esquizofrénico*).

Habla sin preocuparse de que lo entiendan, además el hilo del discurso está interrumpido por injurias, blasfemias y obscenidades. Presenta alteraciones de la fonética y la semántica, con neologismos.

En general, las alucinaciones son preferentemente auditivas: oyen cánticos religiosos, voces, gritos y dicen escuchar su propio pensamiento.

El desapego, que es una de las principales características de esta forma de psicosis, es la vuelta centrípeta de la conciencia y de la persona, que junto con la invasión de lo subjetivo y el abandono a la ensoñación interior, configuran el cuadro. A esto podemos agregar la pérdida del esquema corporal, alteraciones de la psicomotricidad, y las impulsiones, que llevan al esquizofrénico a cometer actos imprevisibles (crímenes sin motivos).

Se conocen cuatro formas clínicas de esquizofrenia: hebefrénica, catatónica, paranoide y simple.

Esquizofrenia hebefrénica

Se caracteriza por lo temprano que aparece en la vida (en la adolescencia), de allí el nombre con que se la conocía hasta hace unos años: "demencia precoz".

Se inicia con trastornos escolares, pérdida del rendimiento, fatiga, quejas hipocondríacas; se sumerge en un estado de ensoñación, o se lanza a crear sistemas científicos, sociales, políticos, religiosos, etc. A veces se caracteriza por un comportamiento pueril o caprichoso.

Esquizofrenia catatónica

Se caracteriza por los trastornos psicomotores, con aumento o disminución del tono muscular. Se la ha asemejado a un sueño hipnótico que contiene una experiencia onírica; es decir que todos los trastornos psicomotores manifiestan una experiencia fantástica o imaginaria.

Lo más característico es la inercia, la pérdida de la iniciativa motora; además se presentan estereotipias, impulsiones súbitas, crisis de agitación, oposición plasticidad o rigidez, y la fijación de actitudes (cada postura tiende a mantenerse).

Esquizofrenia paranoide

Es la forma que tiende a aparecer más tarde en la vida del individuo. Se caracteriza por la aparición de delirios que se manifiestan como interpretaciones, ilusiones, percepciones delirantes, fabulaciones, etc. Estos delirios son relativamente posibles, lo que lleva a las personas que lo rodean a dudar de su veracidad; además se manifiesta así el poder de convicción o de contaminación (delirio de a dos o colectivo, en el que hace participar, por ejemplo, a su familia).

Los delirios más comunes son de reivindicación, con tres formas, los querellantes, los inventores y los apasionados idealistas; pasionales: celotípico y erotomaníaco (ilusión delirante de ser amado); de persecución; de grandeza, etc.

Esquizofrenia simple o no clasificada

Es una evolución simple y paulatina, en unos diez a quince años, en los cuales el esquizofrénico va agudizando rasgos de su personalidad anterior: aislamiento, introversión, rigidez, etc. Aparece además un desinterés hacia casi todas las activi-

dades, y concepciones absurdas sobre problemas sociales, religiosos, etc. Se agrava también la inafectividad.

Producción del esquizofrénico en el B.G.

Los indicadores más frecuentes son:

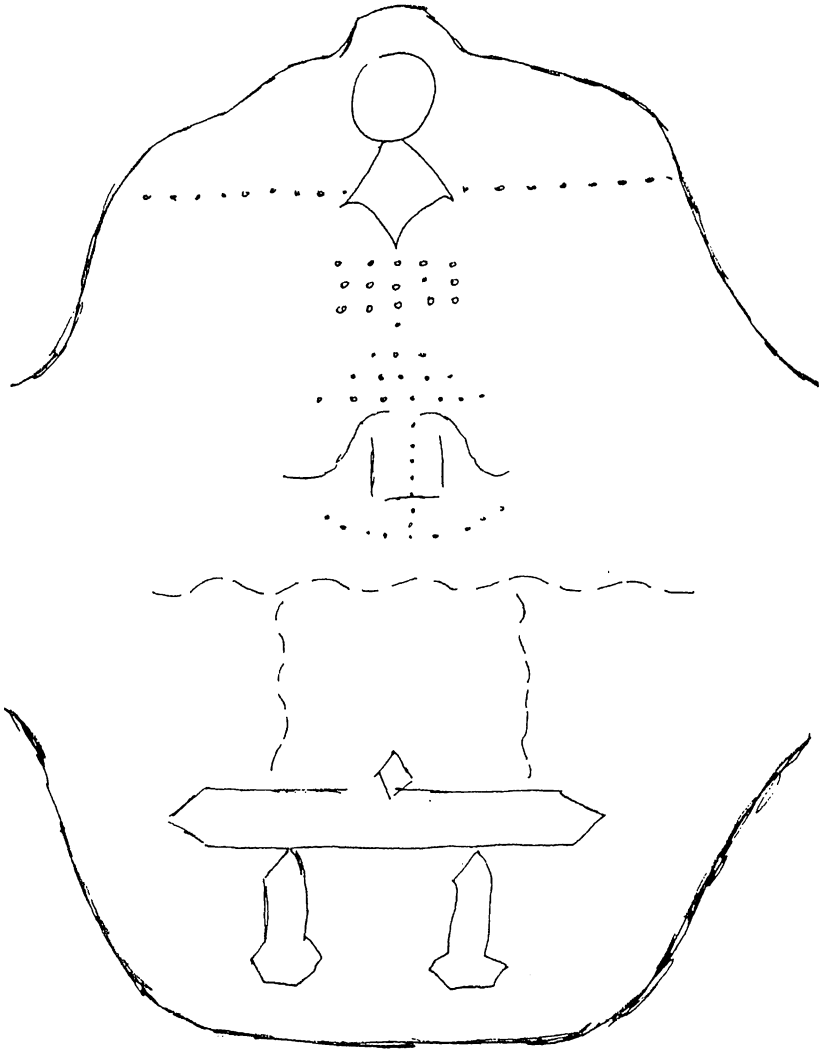
fragmentación (no integra)
cohesión o choque
perseveración perceptual
elaboración
adherencias (por amontonamiento o por conglomerados)
rotación perceptiva
simplificación
asociaciones bizarras en las elaboraciones
orden caótico
micro y/o macrografía por elaboración
intento de relacionar las figuras con conceptos abstractos
tiempo alargado
exclusión de los planos en cruz y ángulos
franca elaboración de símbolos fálicos
tratamiento a nivel concreto
bordes inseguros y repasados
efecto halo

Ver ejemplos 1 y 2.

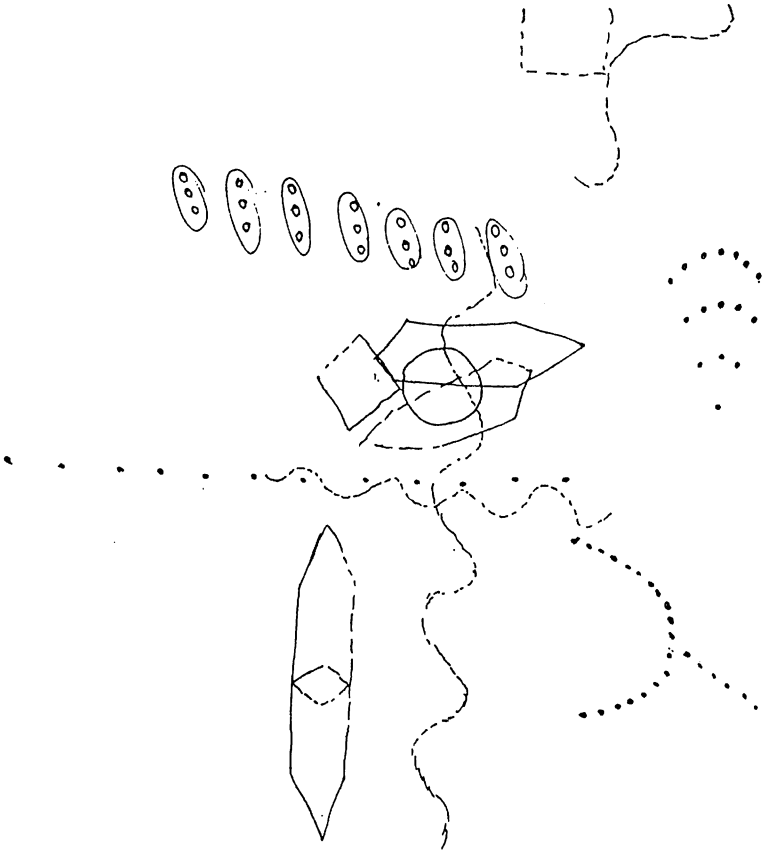
PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA

Se caracteriza por la aparición en forma cíclica de accesos de manía y de depresión. Entendemos por manía "un estado de la hiperexcitación de las funciones psíquicas caracterizado por la exaltación del humor y el desencadenamiento de las pulsiones instintivo-afectivo, manifestándose a nivel psíquico, psicomotor y neurovegetativo" (Henri Ey).

En el período maníaco, el sujeto está excitado, en continuo movimiento, habla mucho, en voz alta, suele cantar y gritar, se lo ve agitado pero jovial y bromista. Puede llegar al furor maníaco, en el cual rompe cosas, es desaseado, grosero, etc.



EJEMPLO 1. Esquizofrenia.
F. M. Sexo femenino, 26 años.



EJEMPLO 2. Adolescente psicótico.
M. F. Sexo msculino. 14 años.

La afectividad está activada con euforia y optimismo, presto a cualquier empresa, y totalmente inestable (pasa rápidamente de lágrimas a risas); puede llegar a la agresividad.

Existe, en general, una excitación erótica que va desde una simple coquetería, a actitudes groseras y obscenas. Esa excesiva actividad los lleva a reacciones pendencieras o escandalosas.

A nivel psíquico también se da un aumento de la actividad: asociación de ideas rápida y superficial; es incapaz de atención dirigida. Los recuerdos aparecen en tropel y descontrolados. El lenguaje está formado por frases rápidas, mal hilvanadas, que reflejan la desorganización del pensamiento.

Al estado de manía, le sigue un estado de depresión. A ésta la consideramos un descenso del humor que termina siendo triste.

Aparece un proceso inhibitorio que frena la actividad psíquica y psicomotora; el sujeto se repliega sobre sí mismo y empieza a rehuir a los demás. Surge un sentimiento de dolor moral, además un estado de astenia general, con fatiga física, inercia, despreocupación por su persona. Es decir que el sujeto se siente incapaz de querer, se "abandona", su ideación es lenta; las asociaciones dificultosas; la atención está concentrada en los temas de conflicto; el lenguaje está bloqueado; las frases son cortas. Se queja de tristeza profunda; sentimientos de aburrimiento, de disgusto e incomprensión.

Hay un deseo y búsqueda de la muerte, con rechazo de los alimentos e ideas de suicidio: al que imagina, lo desea y busca. Estas ideas de suicidio son las que hacen que el depresivo esté en constante peligro de muerte.

Los accesos de manía y de depresión se dan en forma cíclica, en períodos que van de tres a seis meses término medio.

No obstante estos accesos pueden darse en forma independiente, y entonces hablamos de psicosis depresiva o melancólica, o de psicosis maníaca.

Producción del maníaco en B.C.

Indicadores:

tiempo de realización acortado
elaboración
macrografía

utilización de más de una hoja de papel por la macrografía
dificultades para la realización de los ángulos por excitación
primitivización por escaso tiempo de observación
aumento de las curvaturas
trazos fuertes
excesiva presión del lápiz
orden confuso
rotación perceptiva
simplificación

Ver ejemplo 3.

Producción del depresivo en el B.G.

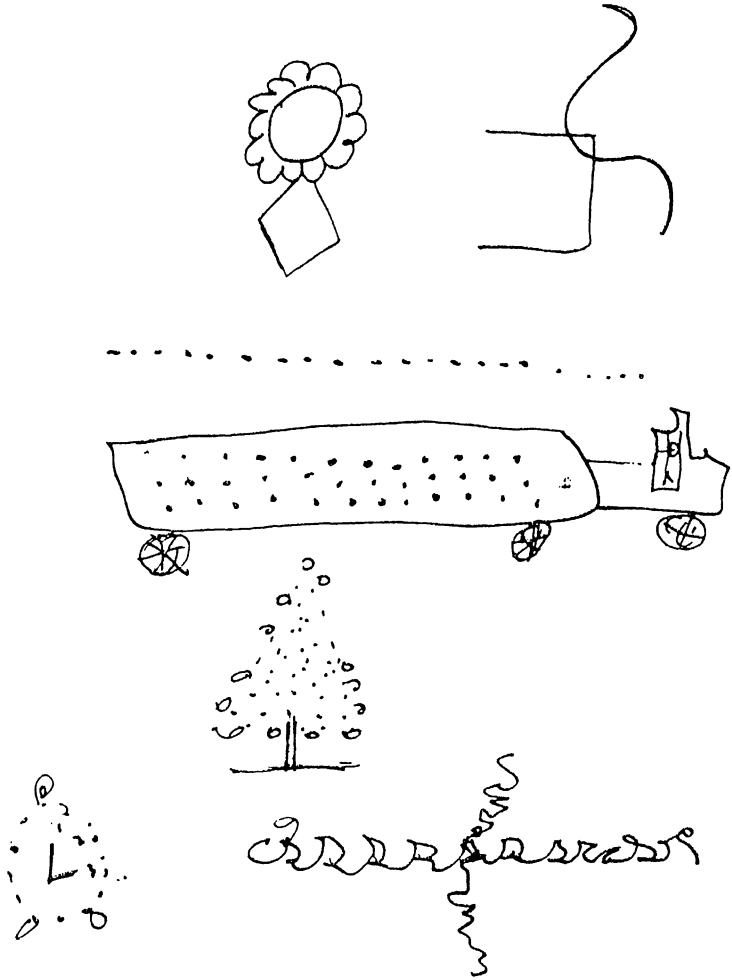
Indicadores:

tiempo de producción marcadamente alargado
micrografía
producción casi perfecta
corrección casi permanente y constante de la tarea
manifiesto uso de la goma de borrar
crítica exagerada del trabajo
verbalizaciones de insatisfacción
quejas permanentes por sentirse incapaz para la ejecución
trazados débiles
utilización de una parte de la hoja de papel (en general la superior)
dificultad en el cierre de las figuras
dificultad en el entrecruzamiento de las figuras 6 y 7
disminución de la angulación

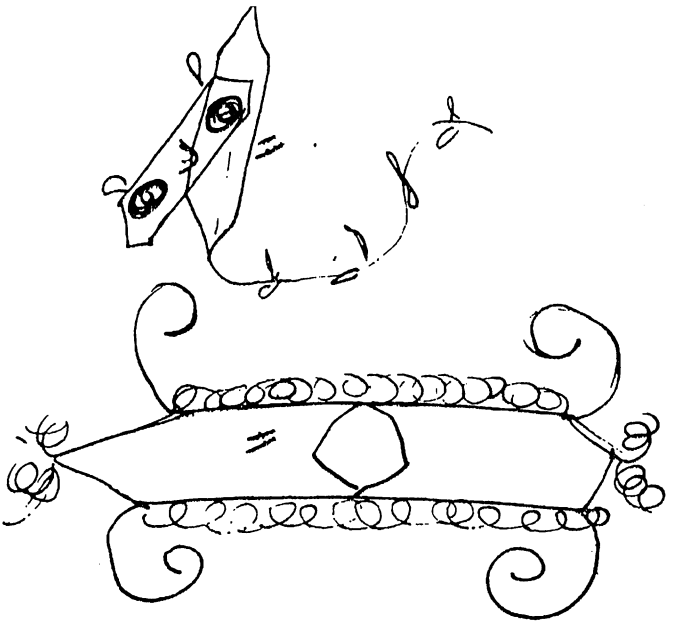
Ver ejemplo 4.

Aclaración

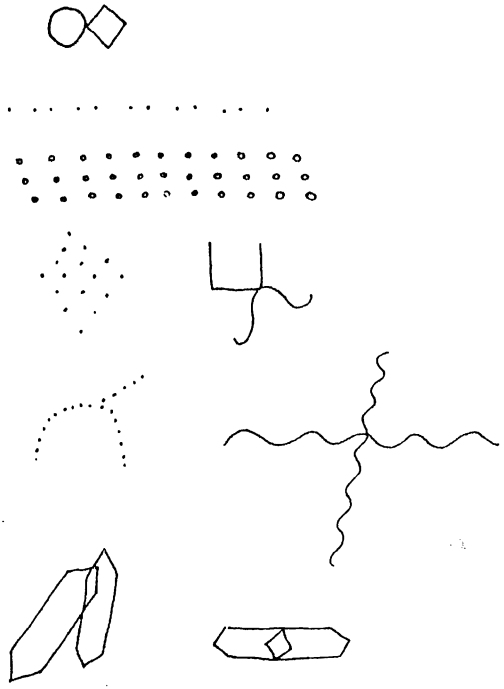
La producción del maníaco-depresivo en el test de Bender dependerá de la fase en la que el psicótico se encuentre. En el acceso maníaco la producción será como la descripta para la psicosis maníaca; en el acceso depresivo, la correspondiente a la depresión. El diagnóstico de psicosis maníaco depresiva por el B.G. sólo será posible después de varias administraciones, y



EJEMPLO 3. Manía.
L. J. Sexo masculino. 43 años.



Continúa ejemplo 3.



EJEMPLO 4. Depresión.
H. M. Sexo femenino. 39 años.

por el carácter cíclico de los rasgos maníacos y depresivos; es decir, que el diagnóstico depende no sólo de las producciones, sino también del tiempo que transcurra entre unas y otras. El factor temporal es de vital importancia para la confirmación del diagnóstico por Bender.

Antes de continuar, se deja constancia que por lo descripto hasta el momento, la producción del Bender en los psicóticos parece caracterizarse por el orden confuso, la desorganización y por la mayoría de las distorsiones de la gestalt descriptas en el capítulo anterior. Sin embargo es necesario aclarar que no siempre es así, dado que existen ejecuciones demasiado perfectas, que corresponden a cuadros *bordeline*. Es decir a estados psicopatológicos "límite", en los que esa ejecución casi "copia fiel" no es más que una intensa defensa contra una incipiente desorganización del yo. En general corresponde a procesos que recién se iniciaron (esquizofrenia o perturbaciones orgánicas serias). Ver ejemplo 5.

PSICOPATIAS

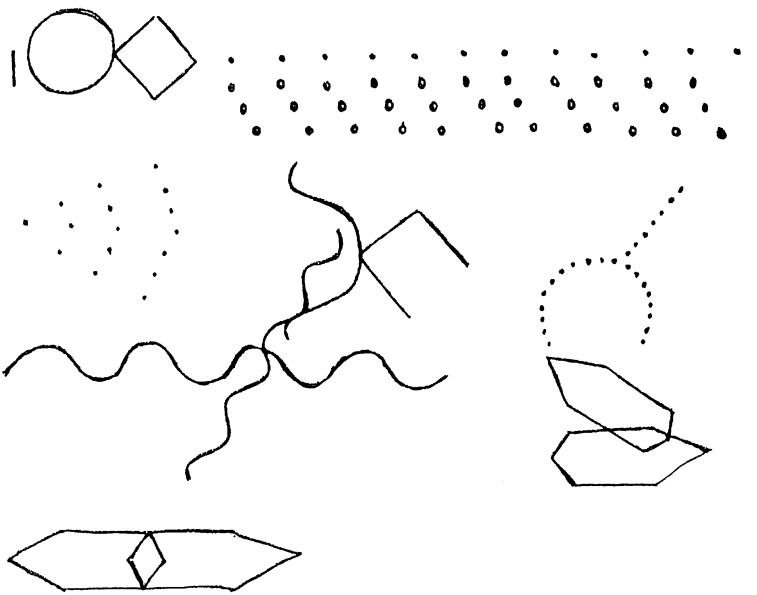
Agrupamos bajo la denominación de psicopatías a aquellos sujetos con anomalías caracterológicas de la personalidad, llamadas también "caracteropatía" o "personalidad psicopática". Sus características principales son las conductas antisociales, que llegan a plantear problemas de índole médico legal. Se incluyen aquí, por ejemplo, los perversos sexuales, los mitómanos, los toxicómanos, los alcohólicos, los inadaptados sociales, delincuentes, criminales, etc.

Caldwell y Rodgers (citado por J. Zac) han propuesto criterios sintomáticos para diferenciar a los neuróticos que tenderían a resolver sus conflictos por los síntomas neuróticos (autoplásticos) de los psicópatas, caracterizados por los problemas de comportamiento (aloplásticos).

Las características neuróticas serían: deliberación, dudas, agresividad latente y reprimida, sentimiento de dependencia y culpabilidad entre otras.

Las características psicopáticas serían, en cambio, impulsividad, hiperagresividad, independencia, insensibilidad, etc.

La psicopatía es un síndrome psicopatológico en el que el sujeto que lo padece, presenta una conducta antisocial



EJEMPLO 5. Bordeline (esquizofrenia incipiente).
E. B. Sexo masculino. 27 años.

e incapacidad de preveer las consecuencias de sus propios actos, porque no sabe como juzgar su conducta desde el punto de vista de los otros; impulsividad, marcada irresponsabilidad; estados emocionales intensos pero lábiles e incapacidad de amar.

Su conducta no se modifica por el ejemplo, ni por premios; es recurrente y refractaria al castigo, tampoco cambia por la experiencia, que no es aprovechable en el aprendizaje del psicópata. No respeta leyes ni normas, y siente un fuerte antagonismo hacia la autoridad, siendo su conducta imprevisible e irresponsable. Se puede decir, que hay una mala estructuración del superyo (normas y pautas morales y sociales).

Además lo caracterizan: un buen nivel intelectual, ausencia de angustia o delirios; un egocentrismo mórbido, inconstancia; falta de sinceridad, "manejo" hacia las personas que lo rodean; bajo nivel de tolerancia a la frustración; es incapaz de aceptar demora en aquello que lo puede gratificar.

Su marcada incapacidad para concentrarse y para cualquier esfuerzo sostenido, junto con su egocentrismo, dificulta las posibilidades terapéuticas. A esto se debe agregar la nula conciencia de los trastornos que padece. Al enfrentarse con la desaprobación, el psicópata expresa sorpresa, incomprensión y resentimiento.

La etiología ha ido modificándose en los últimos años. De una base constitucional e innata, es decir, de origen somático, se ha pasado actualmente a atribuir su origen a una reacción por trastornos familiares y sociales.

Así las teorías actuales (en cuanto a su origen) se dividen en 1) aquellos que afirman que todos los psicópatas han sufrido privación emocional, descuido o relaciones afectivas discontinuas en la niñez; 2) aquellos que consideran como causantes (J. Zac) cuatro factores sociales: las crisis sociales, las estructuras de clase, la complejidad tecnológica social y las actitudes sociales hacia los niños.

Producción del psicópata en el B.G.

Indicadores:

ubicar la figura A en el centro de la hoja, y las otras figuras situadas arbitrariamente alrededor de ella

utilizar varias hojas de papel, e incluso hasta una hoja por dibujo

excesivo espacio entre los dibujos
tendencia al choque de las figuras, por mal control de los impulsos
giro del papel o la tarjeta en más de 90 grados
copiar la tarjeta estando ésta rotada (negativismo, oposicionismo)
aumento o disminución repentino, del tamaño de las figuras
dificultades en el cierre de las figuras
disminución o rectangulación de las líneas curvas
cambios en la angulación
intensa presión del lápiz
impulsividad
simplificación (por no esforzarse)

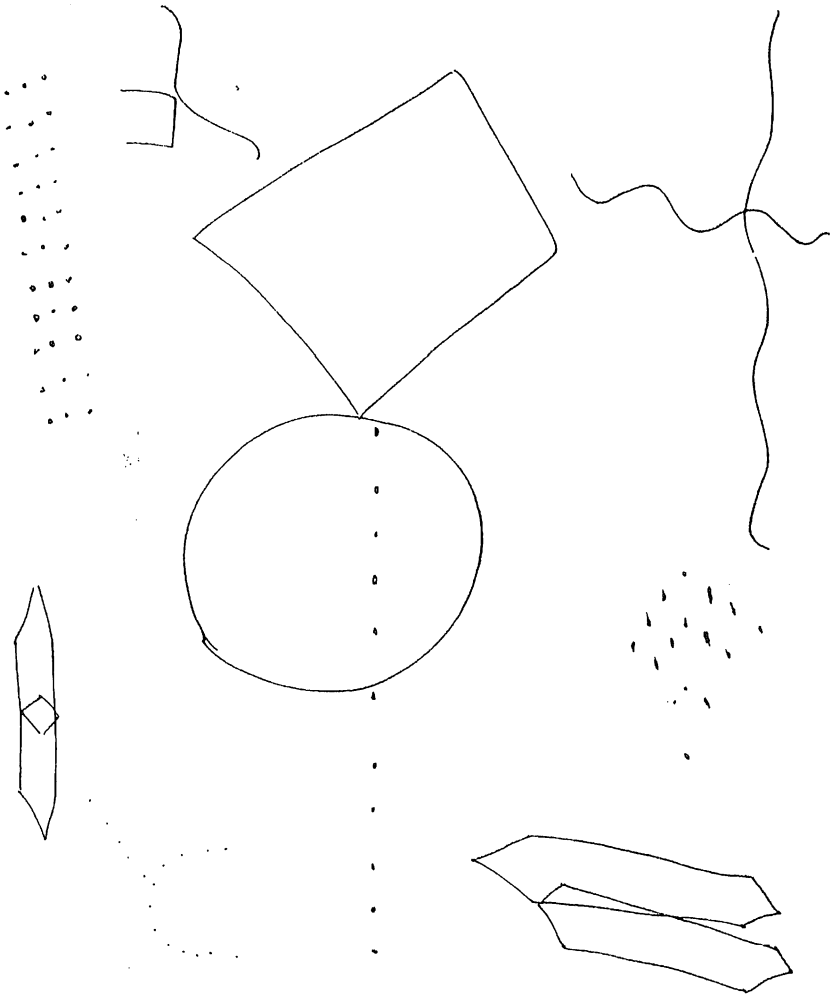
Ver ejemplo 6.

Importante: Anteriormente se dijo que las toxicomanías y el alcoholismo eran manifestaciones de personalidades psicopáticas. Teniendo en cuenta el compromiso orgánico que existe en las formas de intoxicación recientemente citadas (drogas y aldoholismo) debemos agregar a los indicadores ya enunciados, otros que son característicos de las intoxicaciones y de los estados confusionales agudos.

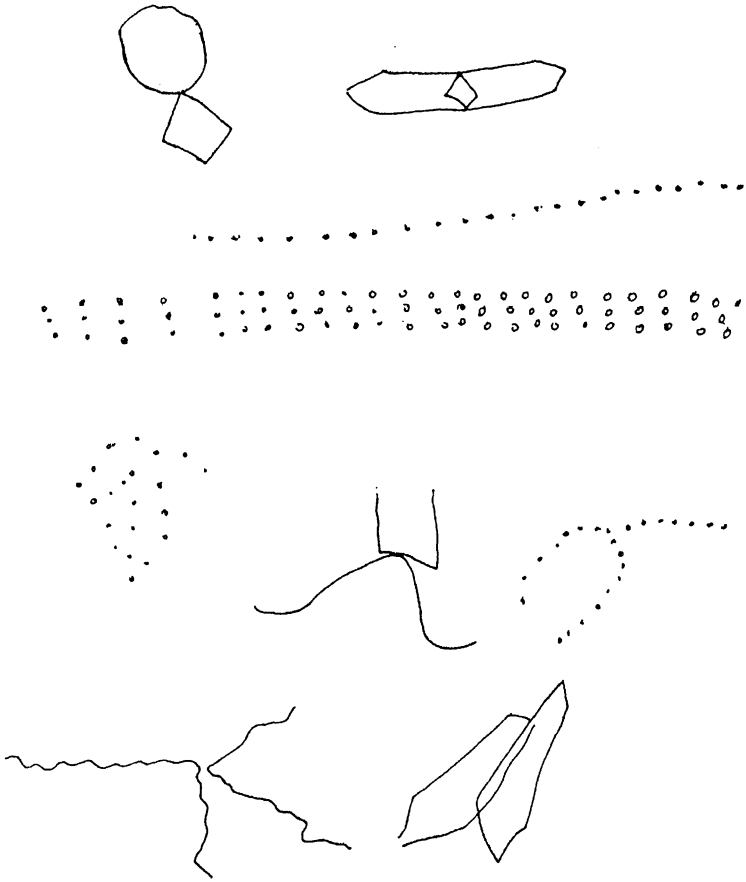
Ellos son:

temblores por incoordinación motora
dificultades en la integración de las partes al todo
dificultades para mantener la horizontabilidad
micrografía asociada a la pobreza de impusos (embotamiento)
superposición
rotación perceptiva
orden caótico
primitivización
fallas en los cruces de las figuras 6 y 7
trazados repasados
fragmentación
perseveración perceptual

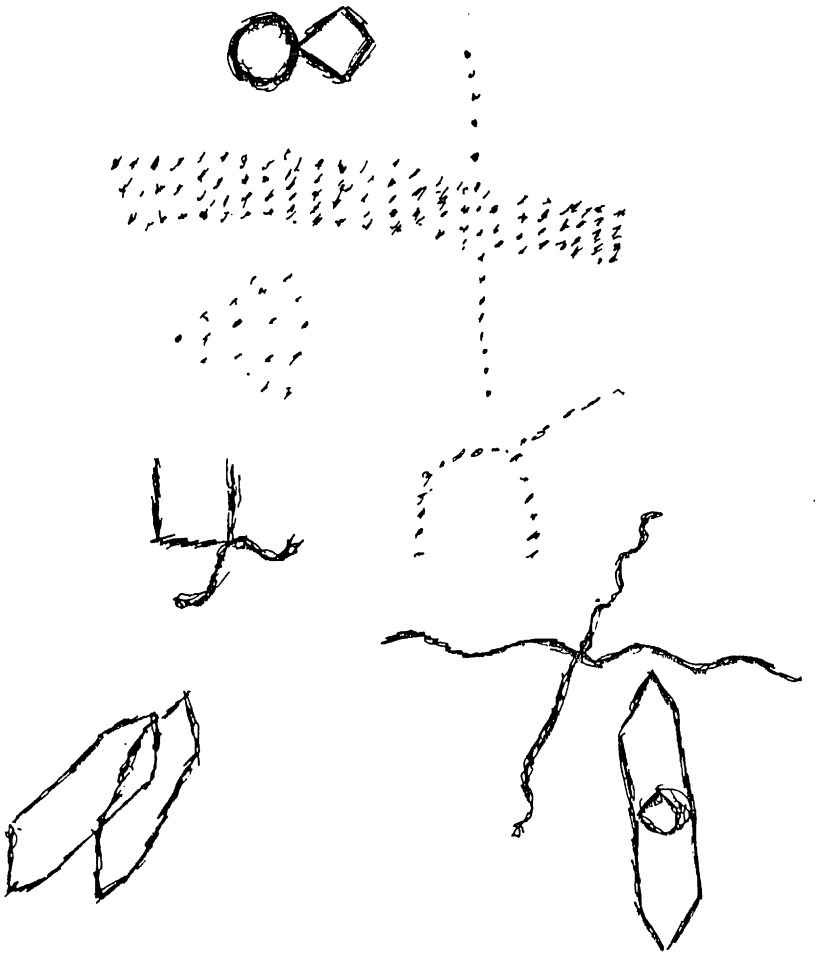
Ver ejemplos 7 y 8.



EJEMPLO 6. Psicopatía.
F. B. Sexo masculino. 22 años.



EJEMPLO 7. Drogadicción.
E. L. Sexo masculino. 17 años.



EJEMPLO 8. Alcoholismo.
F. S. Sexo masculino. 49 años.

Aclaración

Siendo las formas de psicopatías múltiples, y muy variadas sus manifestaciones se recuerda al lector, que el tipo de indicadores en el B.G. estará en estrecha vinculación con el tipo de caracteropatía que se trate. Así en el alcohólico y drogadicto aparecerán los indicadores de alteraciones de la psicomotricidad como más relevantes; en los delincuentes y criminales, los indicadores de impulsividad, descontrol, tendencia al *acting out*, etc.

NEUROSIS

La podemos definir como "un trastorno funcional del sistema nervioso, para cuya explicación no se encuentra lesión alguna" (Warren). Algunos autores la denominan psiconeurosis. Significa un trastorno más leve (de menor grado) y que altera menos que la psicopatía la capacidad de adaptación social y de rendimiento del sujeto. El neurótico se caracteriza por presentar un abismo entre la capacidad y el rendimiento (suelen pasar por sujetos torpes intelectualmente).

Las manifestaciones neuróticas son múltiples, pero se destacan entre las más importantes: conductas rígidas; sentimientos de inferioridad y de inadecuación, miedos y temores exagerados e irracionales (fobias); tensión e hiperexcitabilidad ante las distintas situaciones de la vida; conciencia de sus sufrimientos, pero no percibe el origen de sus problemas; incapacidad para relacionarse en forma satisfactoria con los demás; falta de sentimientos de felicidad; dolencias orgánicas inexistentes, con trastornos orgánicos o funcionales por conversión (somatizaciones); trastornos de la actividad sexual (masturbación, frigidez, impotencia, eyaculación precoz, etc.); trastornos del sueño (insomnio, fobia al sueño o hipersomnia) y fundamentalmente angustia y las defensas levantadas contra ella.

Luis Ravagnan afirma que "la angustia denota siempre una perturbación que afecta al sujeto en su totalidad...,con un sentimiento indeterminado en cuanto al objeto que la produce ... y hay toma de conciencia de su expectación e impotencia, ante la amenaza perseverante de su ser..."

Se diferencia, entonces, la angustia del miedo, ya que este último posee la característica de vincularse a una situación ob-

jetiva; en cambio en la angustia no hay una centralización consciente del objeto.

Tal estado de desequilibrio producido por la angustia, trastorna la estructura de la personalidad, desatando reacciones que interesan a los sistemas neuronales y vegetativos, por eso aparecen dificultades de orden respiratorio y cardíaco, contracciones musculares, sudores, sequedad bucal, etc.

Respecto a las defensas levantadas contra la angustia, poseen la característica de ser más o menos artificiales e inconscientes, y de las cuales el neurótico obtiene cierto provecho. Los síntomas son fabricados por él, de esa manera puede neutralizarse la angustia, convirtiéndola por ejemplo en un accidente somático.

Existen diversas clasificaciones de neurosis; siguiendo la línea tradicional, se hará mención de: neurosis histérica o de conversión, neurosis de angustia, neurosis fóbica y neurosis obsesiva.

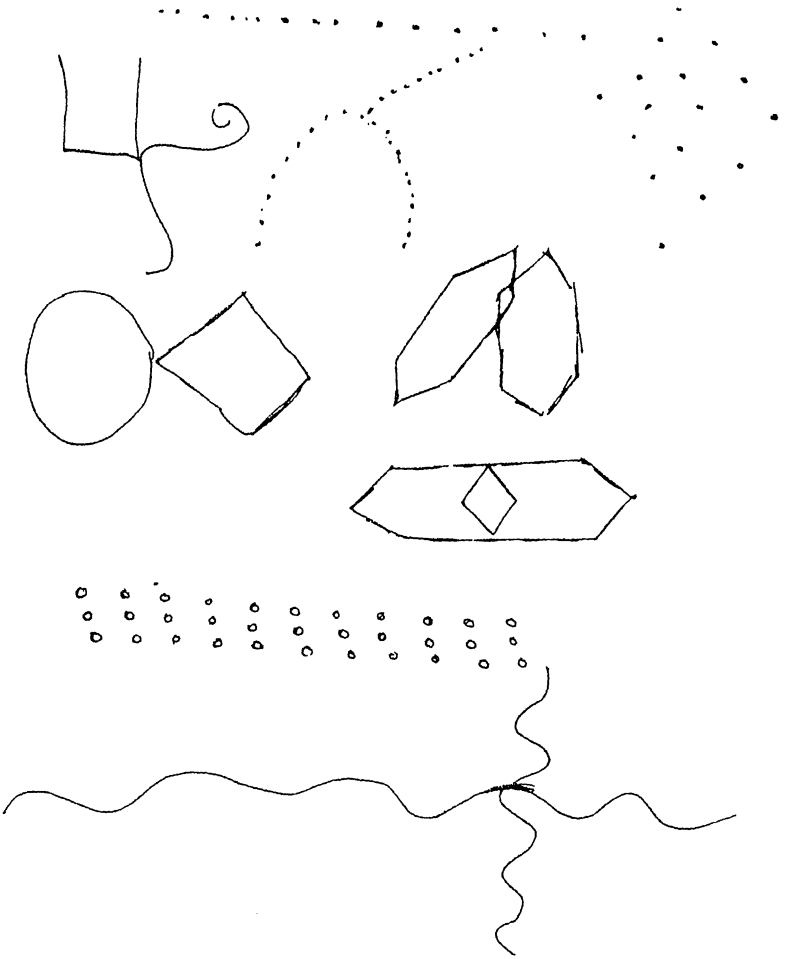
Producción del neurótico en el B.G.

Las pautas guestálticas no están destruidas, pero los conflictos del entrevistado, conducen a proyecciones en el protocolo, altamente significativas.

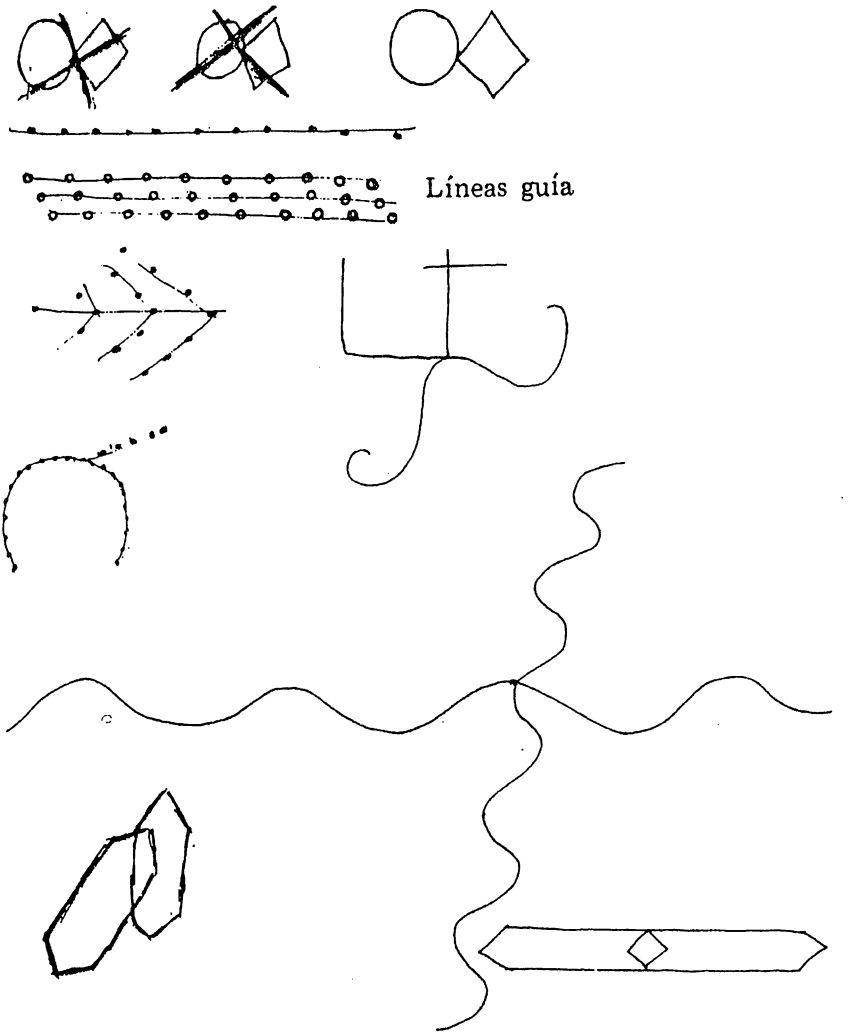
Indicadores:

secuencia muy metódica, o confusa por ansiedad
figuras colgadas de los cantos
cada figura encerrada dentro de líneas
ubicar los dibujos en la parte superior de la hoja
mal uso del espacio entre un dibujo y otro
excesivo uso del margen
aumento y/o disminución de las figuras (ya sea progresivo o repentino)
dificultad en el cierre de las figuras, y en el cruce de las figuras 6 y 7
aumento o disminución de la curvatura
uso de líneas guías
cambio de angulación
miscelánea
excesivo uso de la goma
repaso total
fallos por ansiedad

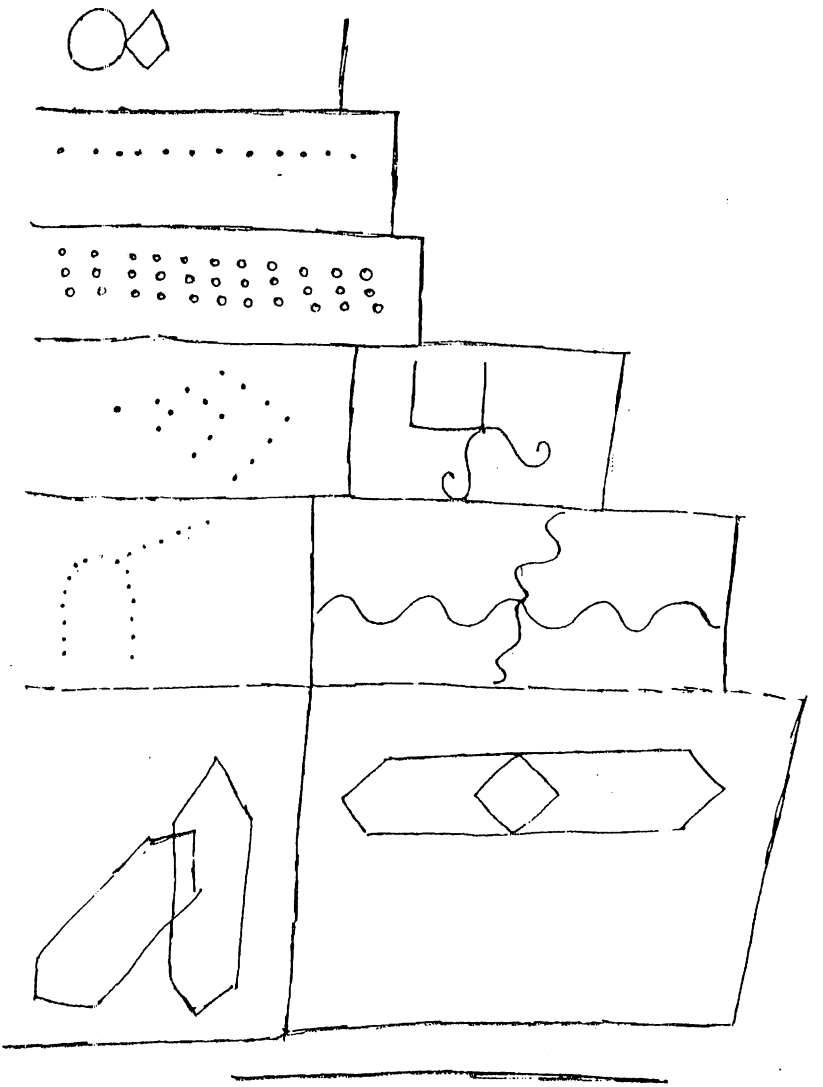
Ver ejemplos 9, 10 y 11.



EJEMPLO 9. Neurosis.
L. C. Sexo femenino. 28 años.



EJEMPLO 10. Neurosis.
H. P. Sexo femenino. 31 años.



EJEMPLO 11. Neurosis.
S. A. Sexo masculino. 23 años.

OLIGOFRENIAS

Etimológicamente significa *oligo*: poco; *frenia:* mente. Se considera oligofrénicos a aquellos sujetos cuya inteligencia es menor que la normal. Es decir, que poseen una insuficiencia (congénita o de comienzo muy precoz) del desarrollo de la inteligencia.

En realidad la noción de deficiencia es llevada, en los últimos tiempos, al campo de la personalidad, especialmente en el aspecto relacional. Ese aspecto relacional nos lleva a la afectividad.

La importancia de ésta ha sido ya determinada por varios autores, lo que ha llevado a considerar que los trastornos afectivos (por carencias) llevarían a una especie de bloqueo precoz de las actividades cognitivas.

La consideración de la oligofrenia como un trastorno global de la personalidad, ha ido modificando los aspectos educacionales, médicos, sociales y legales. La clasificación de las oligofrenias, a pesar de las críticas, se hace en base al cociente intelectual. Así tenemos:

débiles leves	C.I. 70 a 80
débiles profundos	C.I. 50 a 69
imbéciles	C.I. 20 a 49
idiotas	C.I. menos de 19

Débiles leves

Constituyen la mayoría de los retrasados. Se caracterizan por la posibilidad de educación si el medio es favorable. Pueden lograr la autonomía económica, a pesar de la dificultad que representa una de sus características: la inercia mental (lentitud, desinterés, etc.). Presenta rasgos de inmadurez afectiva: fijación a los padres; necesidad de protección; intereses limitados a su propia persona, incapacidad para solucionar sus conflictos, mecanismos defensivos de tensión, agresividad, rigidez, mecanismos de compensación (mitomanía, robo, sueños).

Es sugestionable y crédulo, torpe e inhábil. Es incapaz de hacer frente a situaciones nuevas. Hay una mala introyección de normas morales. En general presentan trastornos de conducta que se producen por la inadecuación al medio y por la toleran-

cia de quienes rodean al débil. Los trastornos motores son leves, lo mismo que las malformaciones orgánicas.

Débiles profundos

En este grupo ya encontramos trastornos morfológicos, de orejas, de dientes, del velo del paladar, del cráneo, etc., trastornos de la motricidad (debilidad motora), trastornos del tono muscular; temblores, además tics, tartamudeo, etc., que reflejan una no maduración y un defecto en la integración del sistema nervioso central. La torpeza manual incide para la orientación pedagógica y laboral.

Se agudizan los trastornos psicológicos. El sujeto no logra la autonomía económica, a pesar de que sí son capaces de aprender un oficio que les permite en general obtener un empleo.

En el aprendizaje escolar, presentan muchas dificultades, y se los centra en tareas concretas. Alcanzan una escolaridad de 2° o 3° grado. Se insiste en la capacitación laboral.

Presenta trastornos del lenguaje. Esto, junto con las dificultades motrices y la apatía de la mirada, hacen que el débil profundo pueda ser diagnosticado a simple vista.

Imbéciles

Es capaz de protegerse contra los peligros más comunes, pero es incapaz de aprender el lenguaje escrito, y de ganarse la vida. No puede ser considerado educable. Necesita una tutela constante. Presenta trastornos orgánicos y neurológicos graves, pero sin llegar a la monstruosidad. El lenguaje oral está alterado, el vocabulario es pobre y presenta trastornos fonoaudiológicos.

Puede ser cariñoso y dócil, ligado a quienes lo rodean, o apático e indiferente.

Son muy comunes, entre ellos, los atentados a la moral, robos y agresiones, debido al poco control que ejercen sobre su persona, y muchas veces agravado por el uso del alcohol.

Idiotas

Es el retraso más grave. El C.I. es menor de 20. Necesita cuidado y atención permanente ya que no puede cuidar de sí mismo; tampoco evita los peligros más comunes.

Podemos reconocer dos tipos de idiotas: los de mayor nivel, que presentan como característica un lenguaje muy rudimentario, gestos y gritos inarticulados, grandes dificultades en la motricidad, balanceo iterativo del tronco o de la cabeza. Habitualmente está inerte; en algunos pocos casos tiene reacciones violentas. Carece de hábitos alimenticios (hay que darle de comer); y presenta incontinencia urinaria y fecal.

La idiocía siempre se presenta con malformaciones :talla pequeña, cráneo deformado, mayor o menor número de dedos, deformaciones del pie, etc.

Pueden llegar a ser monstruosidades. El idiota de menor nivel tiene, en general, aspecto monstruoso, sordera, ceguera y ausencia de sensaciones. El lenguaje se reduce a gritos.

La etiología de la oligofrenia se puede deber a causas genéticas (herencia), congénitas (rubeola, sífilis, alcoholismo, etc.), traumatismos obstétricos (doble circular de cordón, anoxia, etc.) y post-natales (falta de afecto, meningitis, trastornos glandulares, traumatismos craneales, déficit alimentario, deshidratación, etc.).

Producción del oligofrénico en el B.G.

Se recuerda que el test de Bender es específico para detectar oligofrenias, como así también organicidad.

El doctor Humberto Miguel Bono realizó múltiples investigaciones en relación a deficientes mentales, standardizando la prueba en disminuidos mentales.

Indicadores:

retrogresión o primitivización
perseveración motora
perseveración perceptual (menos frecuente que la anterior)
rotación perceptiva
orden confuso
dificultad para hacer los ángulos

tendencia a trar .ar los ángulos en curvas (redondear)
macro o micrografía
intensa presión del lápiz
protocolos sucios
imposibilidad de mantener la horizontabilidad y la oblicuidad
dificultad en los cruces de las figuras 6 y 7
jamás logran la figura 3

Ver ejemplo 12.

ORGANICIDAD

Agruparemos bajo este título la múltiple y variada lista de trastornos psicopatológicos que tienen su etiología en el compromiso orgánico del sistema nervioso. Dentro de este grupo, se incluyen entre otros síndromes; disfunción cerebral mínima (D.C.M.); "disritmias", epilepsia (que como se verá más adelante, merece un punto aparte); procesos agudos (encefalitis no inflamatorias como el síndrome de Korsakov; cuadros de sufrimiento cerebral por tumores, hematomas o accidentes vasculares, encefalitis inflamatorias o verdaderas) y procesos crónicos (infecciones, enfermedad de Pick, atrofia de Alzheimer; demencia senil; tumores meníngeos, vasculares o hipofisíacos; P.G.P. o parálisis general progresiva; intoxicaciones por alcohol etílico o metílico, óxido de carbono, sales de mercurio, etc.).

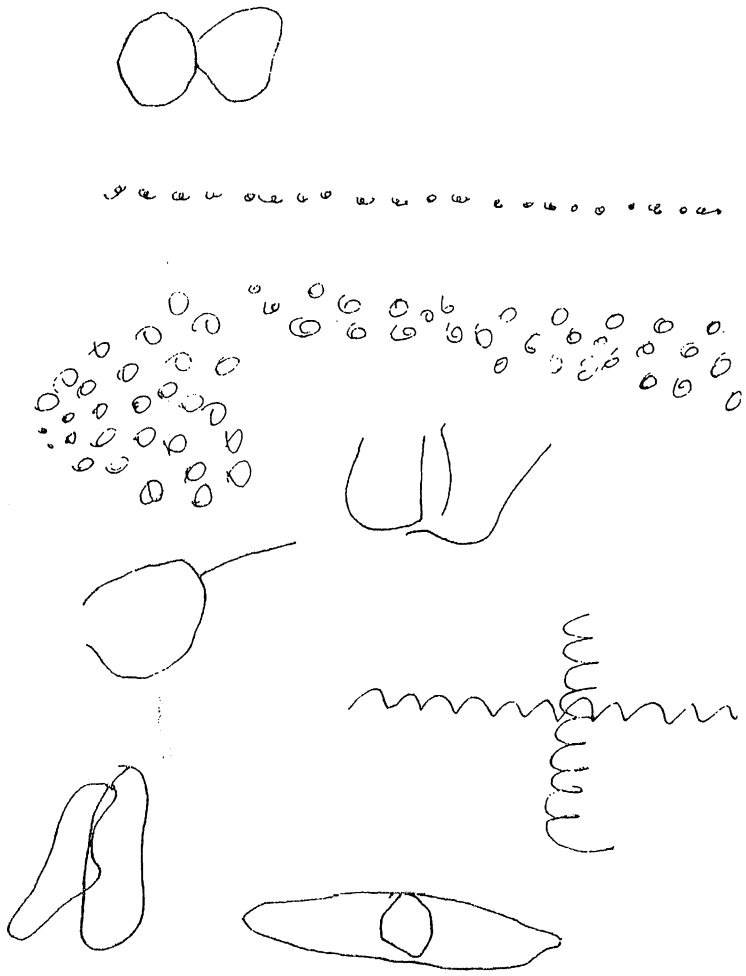
Indicadores en el B.G. de los procesos orgánicos del S.N.C.

Aclaración

A través del Bender, se pueden detectar procesos orgánicos (aún sin diagnóstico previo), pudiendo orientar así al enfermo a un especialista.

Correspondería al neurólogo, neurocirujano o médico clínico realizar los estudios pertinentes para establecer clínicamente el diagnóstico preciso en cada caso.

Indicadores:



EJEMPLO 12. Oligofrenia.
S. P. Sexo femenino. 19 años.

rotacion perceptiva
perseveración motora
fragmentación acompañada de expresiones conductales de perplejidad e impotencia por no poder evitarla (se da cuenta, pero no puede corregirla)
choque
primitivización
simplificación (a veces con autocrítica del sujeto)
desplazamiento
cambios de angulación de 4 o más figuras por trastornos de coordinación visomotora
dificultad en los cruces
utilización de "orejas de burro"
dificultad para mantener la horizontabilidad
orden confuso
perseveración perceptual
irregularidad en el uso del espacio
dificultad en el cierre de las figuras A, 4, 7 y 8
tendencia a ubicar mal la figura sobre el fondo
superposición por absorción o por penetración
temblores
cambios en la presión del lápiz

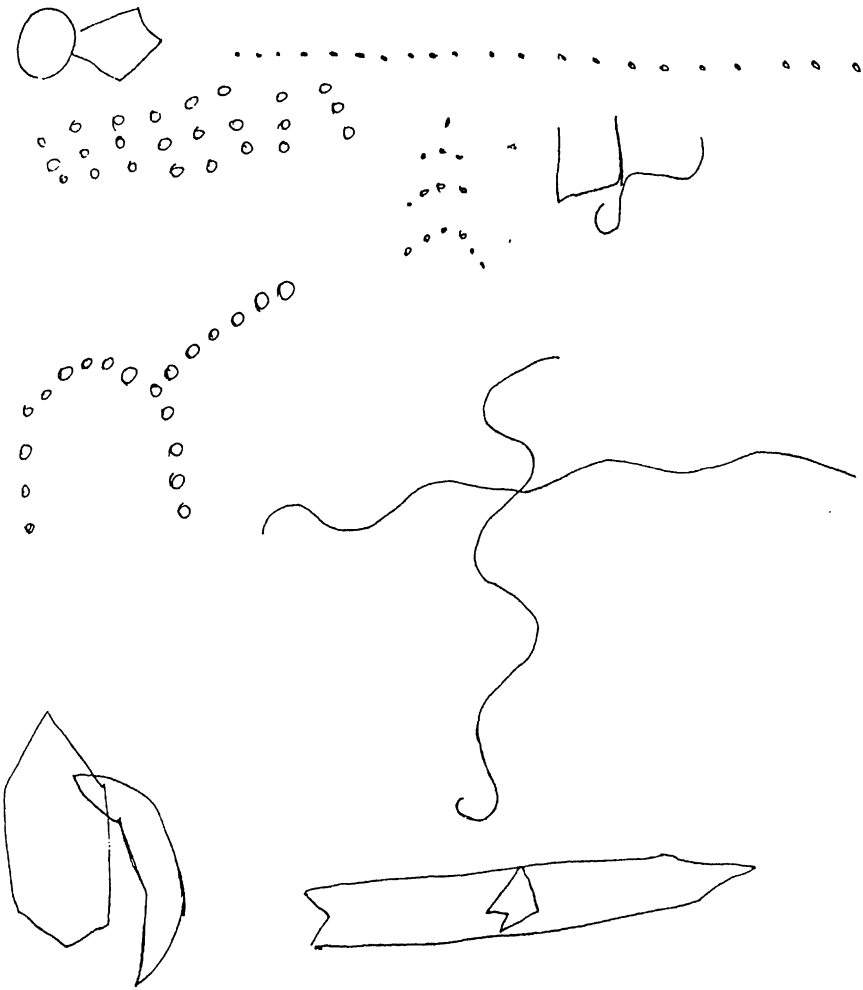
Ver ejemplos 13, 14 y 15.

EPILEPSIAS

Etimológicamente significa "sorpresa o retención de todos los sentimientos". Actualmente se reserva el nombre de epilepsia para crisis cerebrales resultantes de la descarga hipersincrónica y paroxística de una población neuronal (que se repite en forma más o menos frecuente).

"La epilepsia es una enfermedad mental, pues tiene una fisonomía clínica-psíquica y una etiopatogenia cerebral..." (Henri Ey).

El enfoque psiquiátrico está en relación con la desestructuración de la conciencia, a consecuencia de las crisis, y además por los cambios de personalidad que se suelen dar en vinculación con esos trastornos.



EJEMPLO 13. Lesión cerebral.
M. A. Sexo masculino. 19 años.

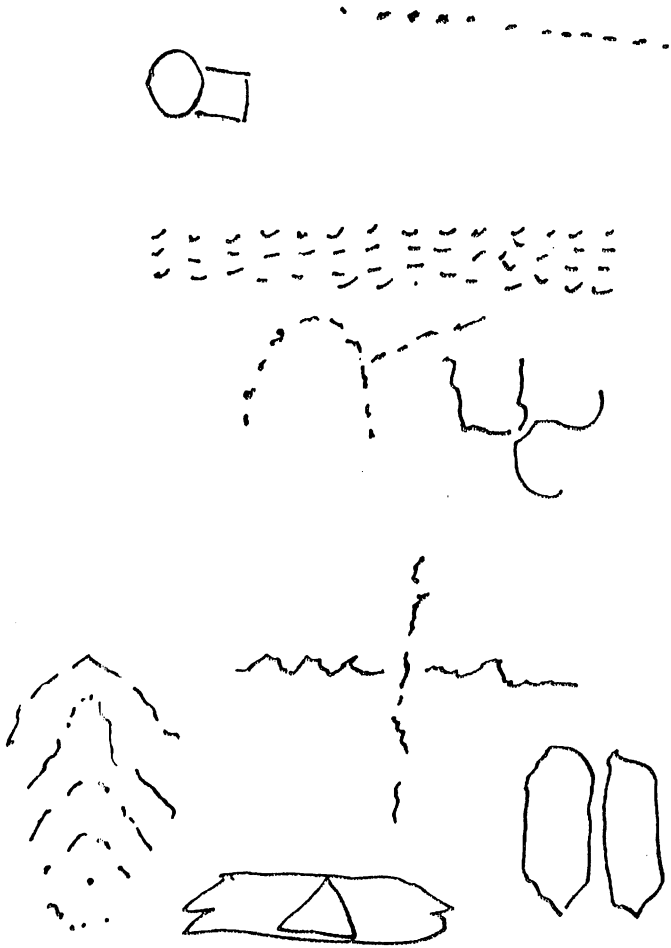
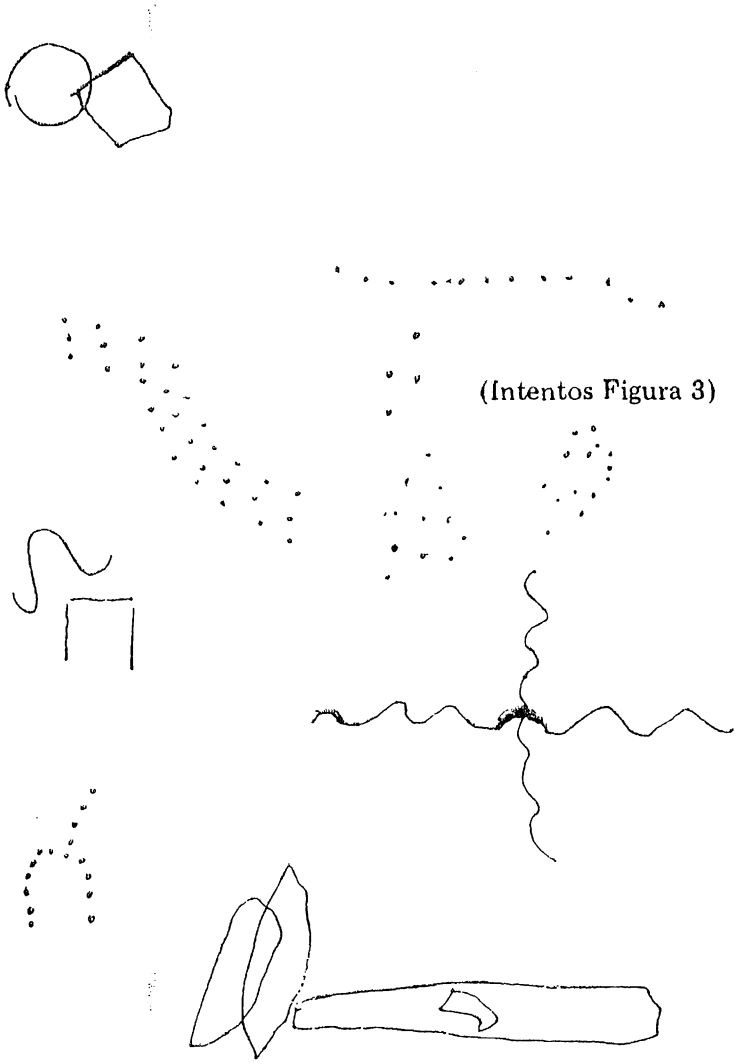


Figura 3

EJEMPLO 14. Parálisis general progresiva.
A. P. Sexo masculino. 63 años.



EJEMPLO 15. Tumor cerebral.
L. M. Sexo femenino. 24 años.

Desde su etiología, podemos hablar de epilepsias funcionales, que son de naturaleza genética, dismetabólica (hipocalcemia, hipoglucemia) o tóxica, y las epilepsias orgánicas (producidas por lesiones cerebrales, tumores, etc.). Por el compromiso orgánico se las clasifica en parciales y generalizadas de comienzo.

Las epilepsias parciales presentan como sintomatología característica las auras, las crisis graduocomiciales (comportamientos automáticos tales como musitaciones; esbozos de palabras, frotarse las manos, los ojos o los genitales, pequeñas deambulaciones) y los equivalentes epilépticos (fugas y automatismos ambulatorios).

Las epilepsias generalizadas de comienzo, se manifiestan por medio de dos formas de crisis :de gran mal y de pequeño mal.

La crisis de gran mal, se caracteriza por la caída subita del enfermo hacia adelante, los espasmos tónico clónicos, mordedura de la lengua, color cianótico y pupilas dilatadas, entre otros más; seguidos de sueño y amnesia de la crisis.

La crisis de pequeño mal, en cambio, tiene una sintomatología menor :ausencias y mioclonías bilaterales (brusca sacudida de los miembros superiores, y a veces de la cabeza y los miembros inferiores), de muy breve duración.

Las características de la personalidad epileptoide son : perseveración, pérdida de la rapidez en la adaptación sensorial y motriz con tendencia al automatismo y a la acumulación, trastornos del lenguaje como lentitud, tartamudeo y seseo, pobreza de vocabulario y torpeza en la comprensión.

Esas características, los conducen a un estancamiento que termina por descargarse en forma explosiva. En relación al nivel de eficiencia, encontramos desde epilépticos con inteligencia superior hasta idiotas.

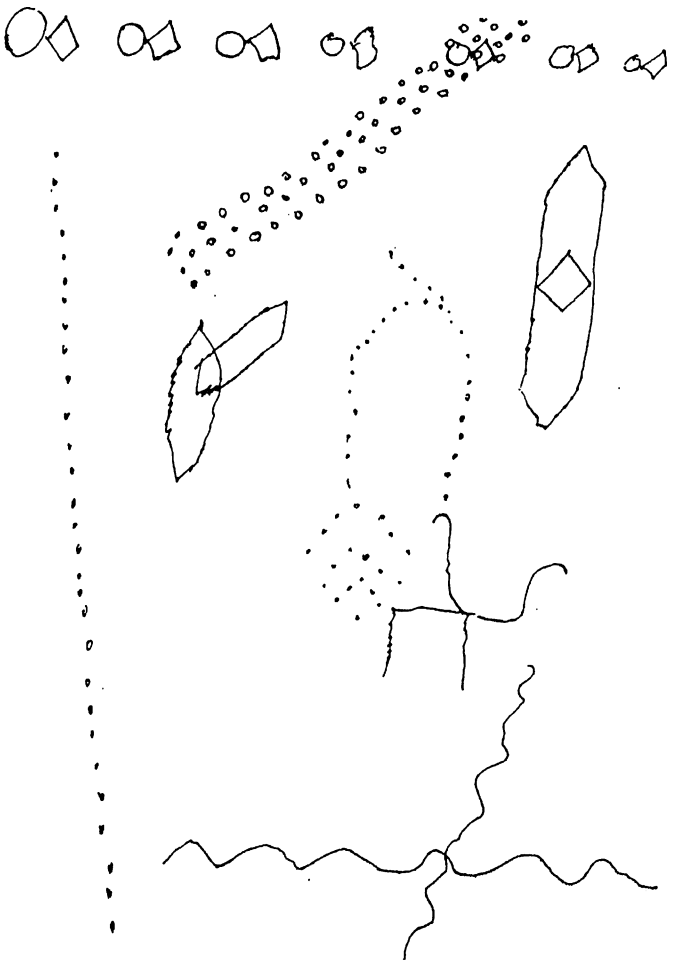
Producción del epiléptico en el B.G.

Indicadores :

perseveración motora
rotación perceptiva
trazado brizado
spikes

tendencia al choque
fuerte presión del lápiz
dificultad en el entrecruzamiento
trazados que se prolongan más allá de lo debido

Ver ejemplo 16.



EJEMPLO 16. Epilepsia generalizada. Gran mal (sin medicación). F. L. Sexo masculino. 36 años.

BIBLIOGRAFÍA

Ey, Henri; Brisset, Bernard-Ch., *Tratado de psiquiatría,* Madrid Ed. Toray Masson.

Hutt, Max L., *The Hutt Adaptation of de Bender Gestalt Test,* Stratton, Ed. Grune, 1968.

Hutt, Max L., *An Atlas for the Hutt Adaptation of the Bender Gestalt Test,* Stratton, Ed. Grune, 1966.

Zac, J., *Psicopatías,* Buenos Aires, Kargieman, 1972.

Bono, Dr. Humberto M., *El Test de Bender,* Buenos Aires, Centro Editor Argentino C.E.A., Col. Técnicas de Exploración, N° 1.

Bono, Dr. Humberto M., *Introducción a las Técnicas Proyectivas,* Buenos Aires, Centro Editor Argentino, C.E.A., Tomos I y II, Col. Técnicas de Exploración N° 2.

Anastasi, A., *Los tests psicológicos,* Madrid, Ed. Aguilar.

Bender, L., *Test Guestaltico Visomotor*, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1968.

Bell, John E., *Técnicas Proyectivas,* Buenos Aires, Ed. Paidos, 1978.

Rapaport, D. y otros: *Tests de Diagnóstico Psicológico,* Buenos Aires, Ed. Paidos, 1975.

Abt, E. L., y Bellak, Leopold, *Psicología Proyectiva,* Buenos Aires, Ed. Paidos, 1973.

Gayral, L. y otros, *Tests de Personalidad para la Clínica Psicológica,* Buenos Aires, Ed. Paidos, 1967.

Rabin, A. J. y Haworth, M. R., *Técnicas Proyectivas para Niños,* Buenos Aires, Ed. Paidos, 1973.

Piaget, Jean, *Psicología de la Inteligencia* Buenos Aires, Ed. Psique, 1972.

Koppitz, E. M., *El Test Guestáltico Visomotor para Niños,* Buenos Aires, Ed. Guadalupe, 1974.

Koppitz, E. M., *El Test Guestaltico Visomotor de Bender,* Buenos Aires, Ed. Guadalupe, 1970.

Piaget, Jean, *Génesis de las Estructuras Lógicas Elementales,* Buenos Aires, Ed. Guadalupe, 1970.

Bela Székely, *Los Tests,* Buenos Aires, Ed. Kapelusz, 1966.
Pain, Sara, *Psicometría Genética,* Buenos Aires, Ed. Nueva Visión. 1974.
Fenichel, Otto, *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis,* Buenos Aires, Ed Paidos, 1973.

INDICE

Introducción 9

Capítulo I. CRECIMIENTO - DESARROLLO - MADURACION 11

Capítulo II. ANTECEDENTES DE LA TEORIA GUESTALTICA . LOS APORTES DE LAURETTA BENDER 13

Capítulo III. LOS NIVELES DE MADURACION VISOMOTORA 19

Capítulo IV. ASPECTOS ESPECIFICOS DEL TEST..... 23
1. Disposición 24
2. Alteraciones de tamaño..... 47
3. Alteraciones de la forma 52
4. Deformaciones o distorsiones groseras 59
5. Dibujo 72
6. Movimientos 74
7. Método de trabajo 76

Capítulo V. INDICADORES PSICOPATOLOGICOS..... 79
Psicosis 79
Psicosis esquizofrénica 80
Psicosis maníaco depresiva 82
Psicopatías 90
Neurosis 97
Oligofrenias..... 102
Organicidad 105
Epilepsias 107

Bibliografía 113